

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1968

No 37

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

EHRHART Bernard, Marie François, Xavier

né le 15 août 1935 à Briançon (Hautes Alpes)

Ancien Externe des Hôpitaux de Strasbourg

L'exercice actuel de la médecine
dans les hôpitaux publics
de la République Fédérale Allemande.

Président : M. A. J. CHAUMONT, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1968

No 37

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

EHRHART Bernard, Marie François, Xavier

né le 15 août 1935 à Briançon (Hautes Alpes)

Ancien Externe des Hôpitaux de Strasbourg

**L'exercice actuel de la médecine
dans les hôpitaux publics
de la République Fédérale Allemande.**

Président : M. A. J. CHAUMONT, Professeur.

Doyen	MM. CLAVERT Jean
Doyens honoraires	FONTAINE René
	CALLOT Jacques
Assesseur	CALLOT Jacques

PROFESSEURS TITULAIRES

MM. ARON Claude	Histologie
BASSET René	Clinique Dermatologique
BUCK Paul	Chirurgie Infantile
CALLOT Jacques	Parasitologie et Pathologie Tropicale
CHAMBRON Jacques	Physique Biologique
CHAUMONT André	Médecine Légale et Sociale
CLAVERT Jean	Embryologie et Morphologie expérimentale
FONTAINE René	Clinique Chirurgicale A
GANDAR Robert	Clinique Gynécologique et Obstétricale 1
GREINER Georges	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
GROS Charles	Electro-Radiologie
JUNG Adolphe	Chaire de Pathologie et Clinique Séméiologique Chirurgicales
KAMMERER Théophile	Clinique Psychiatrique
KAYSER Charles	Physiologie
KLEIN Marc	Biologie Médicale
KORITKE Jean-Georges	Anatomie Normale
LE GAL Yvon	Anatomie Pathologique
MANDEL Paul	Chimie Biologique
METZ Bernard	Physiologie Appliquée
METZGER Henri	Thérapeutique
MINCK Raymond	Chaire de Bactériologie, Virologie et Immunologie Générale.
MULLER Pierre	Clinique Gynécologique et Obstétricale 2
NORDMANN Jean	Clinique Ophtalmologique
OUDET Pierre	Pneumo-phtisiologie
SACREZ Robert	Pédiatrie et Puériculture
SCHWARTZ Jean	Pharmacologie et Médecine expérimentale
STAHL Jules	Clinique Médicale B
STEPHAN Frédéric	Pathologie expérimentale
THIEBAUT François	Clinique Neurologique
VEDRINE Jean	Stomatologie
WAITZ Robert	Hématologie
WARTER Julien	Clinique Médicale A
WEISS Alfred	Clinique Chirurgicale B
N...	Hydrologie
N...	Hygiène.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BRONNER Albert	Clinique Ophtalmologique
KARLI Pierre	Biologie Médicale
MARESCAUX Jean	Histologie
MARX Charles	Physiologie
MAYER Georges	Hématologie
ROHMER Francis	Clinique Neurologique
SEROR Joseph	Pathologie Chirurgicale
WINCKLER Georges	Anatomie
WITZ Jean-Paul	Clinique Chirurgicale B



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553609_0012

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. BATZENSCHLAGER André	Anatomie Pathologique
BOLLACK Claude	Clinique Chirurgicale A
BURGHARD Guy	Pneumo-Phtisiologie
CHAMBON Pierre	Chimie Biologique
DORNER Marc	Clinique Médicale B
ISCH François	Clinique Neurologique
KIRN André	Hygiène
JAHN Henri	Clinique Médicale B
LAVILLAUREIX Jean	Bactériologie
MANTZ Jean-Marie	Clinique Médicale A
MARCOUX François	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. ADLOFF Michel	Clinique Chirurgicale B
APROSIO Norbert	Anatomie
ASCH Léopold	Clinique Médicale A
BLOCH Roger	Pharmacologie
BOCKEL René	Clinique Médicale B
BRINI Alfred	Clinique Ophtalmologique
EBTINGER René	Clinique Psychiatrique
FINCKER Louis	Clinique Médicale B
GAUTHIER-LAFAYE Pierre	Département d'Anesthésiologie
GRENIER Jacques	Clinique Chirurgicale B
HERAN Jacques	Pathologie expérimentale
ISRAEL Lucien	Clinique Psychiatrique
JUIF Jean	Pédiatrie et Puériculture
KEILING Roger	Electro-Radiologie
KELLER Bernard	Gynécologie et Obstétrique 2 (Maternité)
KEMPF François	Electro-Radiologie (Clinique Médicale A)
KEMPF Yvan	Pathologie Chirurgicale (Centre de Traumatologie)
KIENY René	Clinique Chirurgicale A
KREMER Michel	Parasitologie
LANG Gabriel	Hôpital Orthopédique Stéphanie
LEVY Jean-Marc	Pédiatrie et Puériculture
MALEVILLE Jean	Clinique Dermatologique
MAURER Charles	Clinique Médicale B
Mme MAYER Simone	Hématologie
MM. PHILIPPE Emile	Anatomie Pathologique
ROEGEL Emile	Pneumo-Phtisiologie
ROHMER Albert	Institut de Puériculture
SACREZ André	Clinique Médicale A
SCHAFF Georges	Physiologie
SCHNEEGANS Ernest	Pédiatrie et Puériculture
SCHVINGT Eugène	Clinique Chirurgicale B
SIBILLY Abel	Clinique Chirurgicale A
VERGNES René	Physique Biologique
VINCENDON Guy	Chimie Biologique
VOEGLIN Raymond	Clinique Médicale A
WACKENHEIM Auguste	Electro-Radiologie (Clinique Neurologique)
WALTER Jean-Pierre	Electro-Radiologie
WARTER Pierre	Electro-Radiologie (Clinique Chirurgicale A)
WEILL Jean-Pierre	Clinique Médicale A
WILLARD Daniel	Pédiatrie et Puériculture.

PROFESSEUR ASSOCIE

M. PHILIPPIDES Demètre

Clinique Neurologique.

A G R E G E S

MM. CHAMPY Maxime

Stomatologie

FRANK Robert

Stomatologie

KLOTZ Gilbert

O.R.L.

MEHL Jacques

Médecine Légale.

AGREGES LIBRES

MM. BEYER Paul

MM. KUHLMANN Daniel

FORSTER Emile

KUNTZMANN Jean

HOLLENDER Louis

MULLER Jean-Nicolas

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE

M. le Professeur VEDRINE Jean

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM. MOISE, SINGER, TISSIER

SECRETAIRE PRINCIPAL DE LA FACULTE DE MEDECINE

M. Gilbert KIEHL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARON Max

MM. ROHMER Paul

BURGER Paul

SCHMID Frédéric

BENOIT Jacques

THIODET Jean

ROEDERER Jean

VINTEMBERGER Pierre

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les imputer.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine . Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes. .

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A MES PARENTS

A MON EPOUSE

A MES ENFANTS

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A.J.CHAUMONT

PROFESSEUR TITULAIRE DE LA CHAIRE
DE MEDECINE LEGALE ET SOCIALE

En profonde reconnaissance pour son
enseignement éclairé et le très grand
honneur qu'il nous a fait en nous
inspirant le sujet de ce travail et en
présidant cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F.MARCOUX

PROFESSEUR SANS CHAIRE,
AGREGÉ DE MEDECINE LEGALE ET SOCIALE

En hommage à la bienveillance qu'il
nous a manifestée en nous guidant
dans l'élaboration de cette thèse.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JAHN
PROFESSEUR SANS CHAIRE.

En hommage aux précieuses connaissances
acquises à son enseignement et à la
bienveillance qu'il nous a toujours
témoignée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ MEHL

Qui nous a fait l'honneur de nous
juger.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG.

A LA CHAMBRE MEDICALE FEDERALE ALLEMANDE
AU DOCTEUR REICHSTEIN
SECRETAIRE GENERAL DU COMITE PERMANENT DE LA CEE
A L'INSTITUT DES HOPITAUX DE DÜSSELDORF

En remerciement de la documentation et
des explications qu'ils nous ont fournies.

L'EXERCICE ACTUEL DE LA MEDECINE
DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA REPUBLIQUE
FEDERALE ALLEMANDE

INTRODUCTION

La réalisation du libre échange des médecins à l'intérieur de la Communauté Economique Européenne a été repoussée à une date ultérieure, en raison des difficultés qu'éprouvent les organismes responsables de cette réalisation. Ces difficultés sont nombreuses : elles sont d'ordre psychologique, économique, sociale, et principalement d'ordre administratif et juridique.

Si un accord est intervenu pour le libre échange des médecins libéraux et des médecins des hôpitaux privés, il en est tout autrement quant aux médecins des hôpitaux publics. La situation des médecins des hôpitaux publics est, en effet, plus complexe car l'article 48 du traité de Rome stipule que la libre circulation des travailleurs exerçant une activité salariée n'est pas applicable aux employés de l'administration publique, et le problème à résoudre est de savoir si les établissements hospitaliers font partie de l'administration publique. Jusqu'à présent les définitions juridiques sont divergentes et aucune entente n'a pu encore être réalisée.

Le sujet que nous allons traiter va s'efforcer de compléter la thèse de Robert Baumgartner : "Les conditions d'exercice de la médecine de la République Fédérale Allemande" en exposant la situation telle qu'elle se présente dans les hôpitaux publics de la R.F.A.

Nous tenons à remercier les organismes officiels qui nous ont permis d'obtenir des informations récentes : La Chambre Médicale Fédérale Allemande (Bundes Ärztekammer), le Secrétariat Général du Comité permanent des Médecins de la Communauté Economique Européenne à Munich, et l'Institut des Hôpitaux (Krankenhausinstitut) de Düsseldorf, dont l'aide nous a été très précieuse.

Afin de mieux comprendre cet exposé, il n'est pas inutile de rappeler brièvement ce qu'est la République Fédérale Allemande.

La République Fédérale Allemande (R.F.A.), créée le 8 mai 1949, après la division en deux de l'Allemagne de 1945, comprend actuellement 59 800 000 habitants ; la densité de population est élevée : 240 habitants au km² (France : 90) et cette population est urbanisée à 80 pour 100 environ (France : 70 pour 100). Berlin Ouest a un statut spécial, mais en fait il est considéré comme faisant partie de la R.F.A. Depuis le rattachement de la Sarre, en 1959, la R.F.A. est divisée en onze états appelés "Länder". Chaque Land est une unité politique bien individualisée ayant son propre gouvernement "Landesregierung" et ses différents ministères (à l'exception de quelques-uns qui n'existent qu'à l'échelon fédéral : Ministères des Affaires étrangères, de la Défense, des Communications, du Commerce).

Le Land joue un rôle essentiel dans les affaires culturelles et sociales, en particulier dans la santé publique. D'après la Constitution Allemande, le gouvernement fédéral n'a pratiquement aucune compétence en ce qui concerne la Santé publique ; il peut donner quelques directives générales mais chaque Land est indépendant dans le domaine des réalisations et nous verrons plus loin que cette structure fédérative à tendance décentralisatrice a conduit à une incoordination qui a été jusqu'à présent un obstacle au développement de la médecine et des hôpitaux dans la R.F.A.

CHAPITRE I

LES HÔPITAUX PUBLICS

DEFINITION

D'après l'ordonnance P.R. Nr 7/54 du 31 août 1954, sur la réglementation fédérale du prix de journée (Bundespfllegesatzordnung), l'hôpital est un établissement dans lequel "les malades sont logés, nourris, et où l'on essaie par les soins médicaux de diagnostiquer, de guérir, ou de soulager des maladies, des affections, ou des lésions corporelles ; les maternités ayant au moins 10 lits" entrent dans cette définition. Dans le cadre de l'étude statistique, sont inclus tous les hôpitaux et sanatoria soumis au contrôle de la Santé publique selon le paragraphe 47 du règlement des lois sur les assurances sociales du 3^e Reich (3. Deutscheversicherungsordnung) du 3 juillet 1934.

Les hôpitaux sont exploités par différents organismes, et le mode d'exploitation permet de diviser les Hôpitaux en trois catégories :

- 1 - Les hôpitaux publics sont des établissements exploités par la Fédération, les Länder, les circonscriptions, les villes, les communes, ou par les Assurances Sociales, les Sociétés mutualistes. Ils sont soumis au statut de droit public.
- 2 - Les hôpitaux autonomes reconnus d'utilité publique : ce sont des établissements à but non lucratif appartenant à des institutions religieuses ou à des institutions mondiales :
 - la Caritas allemande (Deutscher Caritasverband),
 - la mission intérieure (Innere Mission)

- l'Union paritaire de bienfaisance (paritätischer Wohlfahrtsverband),
- la Croix Rouge Allemande (Deutsche Rote Kreuz).

Les hôpitaux de ces deux catégories n'ont pas besoin de l'autorisation gouvernementale pour pouvoir fonctionner.

- 3 - Les hôpitaux privés : sont des établissements à but lucratif concédés selon le paragraphe 30 de la "Législation des métiers" (Reichsgewerbeordnung). Ce sont des hôpitaux ou cliniques appartenant à des médecins ou à des organismes privés.

Chacune de ces trois catégories comprend des Hôpitaux généraux et des hôpitaux spécialisés : médecine interne, chirurgie, orthopédie, pédiatrie et puériculture, gynécologie et maternité, établissements antituberculeux, psychiatriques, et de cure. D'autre part, quelles que soient les catégories, les hôpitaux sont considérés comme étant "publics" à condition qu'ils soient ouverts à tous les malades et qu'ils reçoivent au moins 40 pour cent de malades en régime commun.

En France, les hôpitaux publics sont des établissements sanitaires de droit commun et comprennent selon le Code de la Santé publique (art. L. 678, 1^o alinéa), "les hôpitaux et hospices publics constituant des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux". Des réglementations spéciales sont appliquées aux hôpitaux psychiatriques, établissements antituberculeux, centres anticancéreux, établissements de Sécurité Sociale et des Sociétés Mutualistes ; tout ce groupe d'hôpitaux ne fait pas partie des "Hôpitaux publics".

Nous voyons que la définition de l'hôpital n'est pas superposable dans les deux pays.

Les hôpitaux publics ont un rôle primordial, car ils permettent de soigner un très grand nombre de malades, de former les étudiants et les

jeunes médecins, et dans les cliniques universitaires, il faut y ajouter l'importance de la recherche scientifique. Les techniques médicales évoluant très vite et nécessitant un matériel très onéreux devant être sans cesse renouvelé, seuls les organismes publics sont capables de supporter de telles dépenses.

1) Situation et importance des hôpitaux publics
par rapport aux autres catégories d'hôpitaux

Le 1^{er} janvier 1966, il y avait dans la R.F.A. 3 639 hôpitaux ayant 631 457 lits, dont 64 957 en cliniques ouvertes. La répartition était la suivante :

	NOMBRE D'HOPITAUX	NOMBRE DE LITS	POURCENTAGE DE LITS	POURCENTAGE DE LITS POUR CAS AIGUS	NOMBRE DE LITS EN CLINIQUES OUVERTES
Hôpitaux publics	1 365	348 364	55,2	53,4	16 970
Hôpitaux autonomes reconnus d'utilité publique	1 291	230 787	36,5	42,3	41 935
Hôpitaux privés	983	52 296	8,3	4,3	6 052

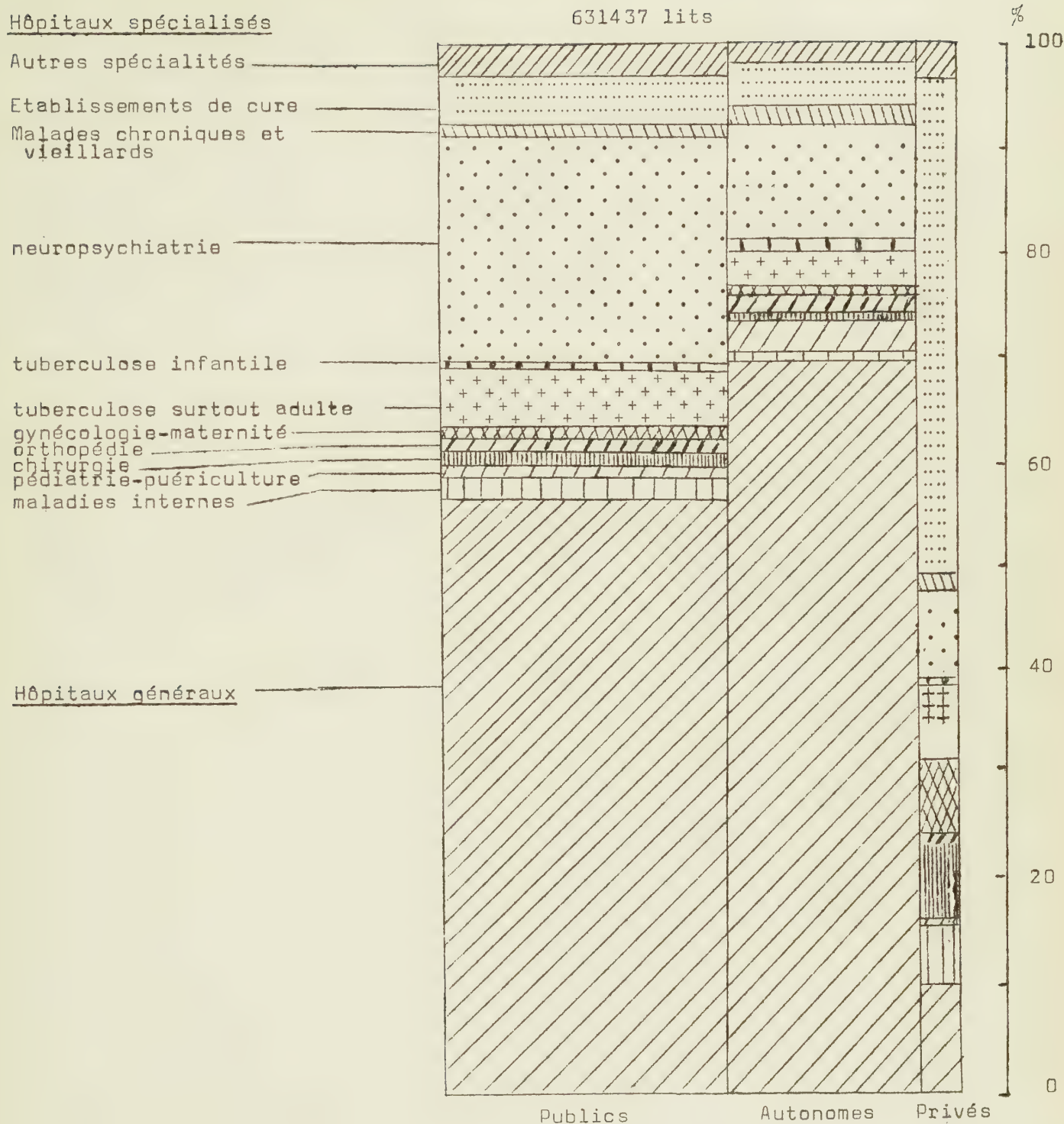
(En France, le nombre de lits en 1965 était de 500 000 environ : 200 000 lits dans les hôpitaux publics, 150 000 dans les établissements psychiatriques et antituberculeux, et 150 000 dans les Hôpitaux privés ; il y avait 4 000 lits en cliniques ouvertes dans près de 300 établissements).

Nous voyons que le secteur public est prédominant puisqu'il possède 55 % des lits, mais cette prédominance n'est pas aussi élevée qu'en France (70 %), car les hôpitaux autonomes reconnus d'utilité publique, appartenant surtout à des associations religieuses, ont une place importante : 36,5 % des lits. Cette répartition établie pour l'ensemble de la R.F.A. est néanmoins très variable d'un Land à l'autre ; dans certains Länder (Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz) c'est le secteur autonome qui prédomine.

D'après les statistiques nous pouvons distinguer deux groupes d'hôpitaux selon le type d'affection :

- les hôpitaux pour cas aigus (Akutkrankenhaus) : 2 560 hôpitaux avec 423 219 lits et le tableau ci-dessus montre le taux relatif des lits réservés aux cas aigus qui est très bas dans le secteur privé.
- les hôpitaux pour cas chroniques (Sonderkrankenhaus) : 1 079 hôpitaux avec 208 228 lits.

Le tableau de la page suivante montre le pourcentage des lits dans les trois secteurs hospitaliers en fonction des différents types d'hôpitaux à la date du 31.12.1965 (Statistisches Bundesamt Wiesbaden : A 7/III - J 65, p.9).



Nous voyons que la répartition des lits est à peu près identique dans les hôpitaux publics et autonomes, à l'inverse des hôpitaux privés possédant peu de lits pour les affections générales, et qui sont surtout des hôpitaux spécialisés.

Les hôpitaux publics ont une autre particularité qui les différencie des hôpitaux autonomes et privés : la très grande majorité des hôpitaux publics est constituée par des hôpitaux importants ayant plus de 200 lits, et à titre comparatif, nous donnerons le tableau suivant :

Classification des hôpitaux d'après leur grandeur
et le mode d'exploitation

NOMBRE DE LITS	SECTEUR PUBLIC		SECTEUR AUTONOME		SECTEUR PRIVE	
	HOPITAUX	LITS	HOPITAUX	LITS	HOPITAUX	LITS
Moins de 25	72	1 231	61	1 013	310	4 313
25 à 50	144	5 292	171	6 363	297	10 626
50 à 100	287	20 863	271	19 491	248	16 594
100 à 150	206	24 802	204	24 922	80	9 379
150 à 200	163	28 219	142	24 570	23	3 986
200 à 300	172	40 739	220	52 136	10	2 444
300 à 400	93	31 421	109	37 221	3	985
400 à 500	56	24 661	52	22 636	2	896
500 à 600	28	15 441	27	14 302	2	1 120
600 à 800	34	23 287	20	13 542	1	738
800 à 1000	27	23 690	5	4 339	-	-
Plus de 1000	72	108 718	6	10 252	1	1 215
TOTAL	1 354	348 364	1 288	230 787	977	52 296

Le nombre de lits dans les hôpitaux publics a augmenté au cours de ces 10 dernières années de 6 656 lits, soit 2 % ; cette augmentation a été relativement plus élevée dans le secteur privé (5 %), mais moins élevée dans le secteur autonome (1,3 %). D'autre part, nous pouvons observer un phénomène général à tous les hôpitaux de la R.F.A. : le nombre de lits a augmenté dans les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux ayant des services spécialisés, alors qu'il a régressé dans les hôpitaux sans services spécialisés. Les services de spécialité se développent de plus en plus, à l'exception des services de phthisiologie qui sont en régression (la tuberculose régresse assez rapidement en Allemagne):

- en 1960, il y avait 273 hôpitaux pour tuberculeux, avec 40 119 lits,
- en 1965, il y avait 223 hôpitaux pour tuberculeux, avec 34 907 lits,

Citons, enfin, un ordre de grandeur : en 1960 il y avait 104, 6 lits pour 10 000 habitants, et ce chiffre est passé à 106, 5 lits en 1965. Après avoir vu la place occupée par les hôpitaux publics dans la R.F.A., nous allons étudier leur mode de classement.

2) Classement des hôpitaux publics

Nous étudierons tout d'abord les hôpitaux publics non universitaires, puis nous verrons comment sont constitués les hôpitaux et les cliniques universitaires qui représentent le sommet de la pyramide hospitalière.

a) Hôpitaux publics non universitaires

Construction et équipement : il n'y a pas de décret fixant la création et l'entretien des hôpitaux publics dans les Länder. Les communes ne sont pas obligées légalement de s'en occuper, mais d'après le paragr. 2 alinéa 1 et 10 alinéa 2 du règlement communal (Gemeindeordnung) il est du ressort de

la commune de disposer des lits pour le traitement hospitalier des malades, lorsque les hôpitaux reconnus d'utilité publique ou les hôpitaux privés sont insuffisants. La construction et la modernisation des hôpitaux publics est fixée actuellement par le Ministère de l'intérieur (Section Santé Publique) de chaque Land. Il n'existe pas, jusqu'à présent, de plan de coordination entre les Länder.

Classement : Ici encore, nous allons voir qu'il n'y a pas de texte législatif définissant les différentes catégories d'hôpitaux, mais depuis 1960, il existe des propositions de classement provenant des Ministères des différents Länder, afin d'adapter la structure des hôpitaux à la médecine moderne. Ces propositions varient légèrement d'un Land à l'autre, et dans l'ensemble, elles sont assez bien suivies. En prenant comme exemple le Land Baden Württemberg, nous pouvons considérer qu'il y a deux classements des hôpitaux publics : un classement selon la fonction de l'hôpital, et selon l'importance de l'hôpital.

- Le classement selon la fonction comprend deux groupes d'hôpitaux :

Les hôpitaux pour les malades aigus (Akutkrankenhaüser) : parmi ceux-ci, nous distinguons :

- 1 - Les hôpitaux généraux (Allgemeine Krankenhaüser) sans services spécialisés séparés
- 2 - Les hôpitaux généraux (Allgemeine Krankenhaüser) avec services spécialisés séparés (chirurgie, médecine, gynécologie et autres)
- 3 - Les hôpitaux spécialisés (Fachkrankenhaüser) :
 - médecine interne (inclus les maladies infectieuses), pédiatrie et puériculture, chirurgie, maternité et gynécologie, O.R.L., ophtalmologie, dermato-vénérologie, radiologie.

Les hôpitaux pour les malades surtout chroniques sont les suivants :

- 1 - Hôpitaux et sanatoria pour tuberculeux
- 2 - Hôpitaux neuro-psychiatriques

- 3 - Hôpitaux de la Sécurité Sociale
- 4 - Hôpitaux de prisons
- 5 - Hôpitaux pour certaines catégories de maladies: par exemple :
cancer, paraplégie, etc...
- 6 - Etablissements de cure
- 7 - Hospices.

- Le classement des hôpitaux selon leur importance n'existe que pour les hôpitaux ayant des malades aigus : par ordre décroissant du nombre des lits nous avons :

Les centres hospitaliers principaux (Hauptschwerpunktkrankenhäuser) : ce sont les grands hôpitaux ou cliniques ayant plus de 800 lits, drainant les malades d'une région étendue, et possédant tous les services spécialisés : médecine interne, chirurgie, maternité et gynécologie, pédiatrie, O.R.L., ophtalmologie, dermatologie, neuro-psychiatrie, stomatologie, radiologie, anatomie pathologique, médecine biologique, et si nécessaire, orthopédie. Il y a pour toutes ces disciplines, des médecins chefs de service à temps plein. Ces centres hospitaliers principaux comprennent les cliniques universitaires d'une part, et d'autre part, les grands hôpitaux des grandes villes.

Les centres hospitaliers secondaires (Schwerpunktkrankenhäuser) sont divisés en deux groupes :

- Ceux du premier groupe (I. Ordnung) sont des hôpitaux de plus de 250 lits (par ex. : Hôpitaux d'arrondissements, de canton) ayant des services de médecine interne, inclus la pédiatrie (la plupart n'ont pas de service de neurologie, mais ont un service d'infectieux), de chirurgie, gynécologie et maternité, O.R.L. et ophtalmologie.
- Ceux du deuxième groupe (II. Ordnung) ont de 105 à 250 lits, et ont des services séparés de médecine et de chirurgie. Tous ces hôpitaux

doivent avoir un médecin-chef à plein temps.

Les hôpitaux pour cas bénins ou petits hôpitaux (Leichtkrankenhäuser) : ce sont des hôpitaux de faible capacité : moins de 100 lits, recevant en général les cas bénins et les malades convalescents, ils sont peu nombreux dans le secteur public.

Nous pouvons résumer ce classement dans un tableau et voir l'équivalence approximative avec le système français :

CLASSEMENT DES HOPITAUX DANS LA R.F.A.	NOMBRE DE LITS	F R A N C E	
		ANCIEN CLASSEMENT	CLASSEMENT ACTUEL
Centres hospitaliers principaux	> 800	CHU Centres hospi- taliers régio- naux	→ CHU 2 ^o catégorie → 1 ^o groupe
Centres hospitaliers - du 1 ^o groupe - du 2 ^o groupe	> 250 > 105	Centres hospitaliers Hôpitaux	→ 2 ^o groupe →
Petits hôpitaux	< 100	Hôpitaux ruraux	→ 3 ^o catégorie

b) Hôpitaux universitaires

Situation actuelle des cliniques universitaires : la situation des cliniques universitaires était très critique après la deuxième guerre mondiale. En 1957, fut créé le Conseil Scientifique (Wissenschaftsrat) composé d'éminents spécialistes de toutes les facultés de médecine, et un Comité de ce Conseil Scientifique fut chargé de prévoir et d'organiser la

structure et la grandeur des hôpitaux et cliniques universitaires.

Les directives proposées par ce Comité ont été généralement suivies par les différentes universités : l'unité de la recherche et de l'enseignement était le but essentiel à atteindre. Tout en maintenant la recherche, il fallait donner une formation médicale optimale aux étudiants et aux jeunes médecins. Pour ce faire, il fallait augmenter le nombre d'enseignants, rendre plus étroits les rapports professeurs-étudiants, l'enseignement pratique au lit du malade devait être plus intensif et le nombre de lits devait être augmenté.

Certes, les résultats ne furent pas parfaits, mais l'effort du développement des facultés de médecine et des hôpitaux universitaires fut intensif : en 1960, les facultés de médecine étaient les suivantes :

Berlin, Bonn, Erlangen, Francfort, Fribourg, Giessen, Göttingen, Hambourg, Heidelberg, Homburg (Sarre), Kiel, Cologne, Mayence, Marbourg, Munich, Munster, Tübingen, Würzburg,

il y avait aussi une académie de médecine (où seul le 2^o cycle des études médicales était possible) à Düsseldorf qui depuis deux ans a été transformée en faculté de médecine.

Depuis 1960, plusieurs facultés de médecine sont entrées en activité :

- En 1963-64, la 2^o faculté de médecine de Münster a été créée à Essen
- En 1964-65, une académie de médecine est ouverte à Lübeck (conçue comme 2^o faculté de médecine de Kiel),
- En 1965 : une faculté est créée à Hannover,
- En 1966 : une faculté est créée à Aachen ; et une autre à Ulm : cette dernière doit servir à la réforme des études médicales en Allemagne, et nous verrons par ailleurs que son fonctionnement a quelques points particuliers.

Enfin, une 2^o faculté de médecine fonctionne à Munich depuis septembre 1966. D'autres facultés doivent être construites prochainement à Brême et à Regensburg.

Le 1^{er} janvier 1966, le nombre de lits dans les cliniques universitaires était de 35 373 lits (1962 : 32 253), ce qui représentait 5,6 % de l'ensemble des lits de tous les hôpitaux. L'augmentation a été relativement plus marquée pour certaines spécialités : neuro-chirurgie (51 %), dermatologie (35 %), ophtalmologie (27 %) alors qu'elle a été faible pour d'autres spécialités : neuro-psychiatrie 5 %.

Malgré cet effort, la situation actuelle est encore assez mauvaise : le nombre de lits est généralement insuffisant, le nombre d'étudiants en médecine a beaucoup augmenté au cours de ces cinq dernières années et le personnel infirmier est très insuffisant. Les anciennes cliniques universitaires ont souvent un équipement vétuste et certains services ont un nombre de lits trop élevé.

Ajoutons que le Conseil Scientifique avait estimé qu'il fallait confier, à chaque étudiant, 3 à 4 lits dans les Services de médecine, chirurgie et gynécologie. Cette proportion n'est actuellement respectée que dans les facultés où le nombre d'étudiants est peu élevé : à Fribourg (où il y a beaucoup d'étudiants) : 1,5 lit par étudiant, à Giessen (peu d'étudiants) : 3,3 lits par étudiant.

Structure des cliniques universitaires : Dans l'ensemble, il existe des Services communs à toutes les cliniques (radiologie, biologie médicale, etc...) et des cliniques autonomes correspondant à chaque spécialité. Il n'y a pas de différences fondamentales avec les cliniques universitaires françaises. L'évolution au cours de ces dernières années est dominée par la création de cliniques pour les spécialités nouvelles. Voyons maintenant quelques points particuliers à la R.F.A. : à côté des cliniques médicales, où la séparation en services spécialisés n'est pas toujours très marquée, il y a les polycliniques indépendantes où se font seulement les traitements ambulatoires. Dans le domaine de la chirurgie les cliniques orthopédiques et neuro-

chirurgicales sont souvent autonomes. Par contre, certaines spécialités sont maintenues généralement dans les cliniques chirurgicales : traumatologie, urologie, chirurgie cardiaque, thoracique et infantile. Il n'y a pas de séparation entre la gynécologie et l'obstétrique. Les cliniques neurologiques autonomes sont peu nombreuses ; la neurologie est en général rattachée à la psychiatrie, mais il existe parfois dans les cliniques médicales un service de neurologie bien individualisé.

Grandeur des différentes cliniques universitaires : elle était fixée de façon arbitraire jusqu'en 1960 ; depuis, la grandeur optima des différentes cliniques universitaires a été étudiée par le Conseil Scientifique, en tenant compte des facteurs suivants : formation des étudiants, recherche, soins des malades, responsabilité du directeur de clinique, intégration des hôpitaux des grandes villes aux hôpitaux universitaires. Cette étude a permis de fixer le nombre de lits dans les différentes cliniques universitaires :

- Clinique médicale : 200 lits + 40 lits infectieux + 30 lits au moins pour tuberculeux dans un établissement séparé.
- Clinique chirurgicale : 200 lits + Service de traumatologie variable selon les villes.
- Clinique gynécologique : 200 lits.
- Clinique neuro-psychiatrique : 200 lits, si la neurologie est autonome : 80 lits.
- Clinique pédiatrique : 200 lits + 50 lits infectieux.
- Policlinique médicale : 40 à 50 lits.
- Orthopédie : 100 à 150 lits.
- Neuro-chirurgie : 60 à 80 lits.
- Ophtalmologie : 100 lits.
- Dermatologie : 100 à 150 lits.
- O.R.L. : 80 à 100 lits.
- Clinique dentaire : 25 à 30 lits.

- Maison de convalescent : 200 lits
- Institut de radiologie : 3 à 5 % de l'ensemble des lits.

3) Régime d'hospitalisation des malades

Il existe trois classes dans les hôpitaux, la 3^e classe correspond au régime commun, la 2^e et la 1^e classes au régime particulier. Dans chaque classe les malades peuvent être des assurés sociaux ou non ; actuellement, la population allemande comprend 80 à 85 % d'assurés sociaux, et dans les hôpitaux cette proportion d'assurés sociaux est de 85 à 90 %. Les malades non-assurés qui sont en 3^e classe sont considérés comme des malades privés. Nous verrons plus loin dans quelles conditions les médecins hospitaliers peuvent avoir des malades privés.

4) Durée de séjour

Au cours de l'année 1965, il y a eu plus de 8 millions d'hospitalisés, dont 88 % pour maladies aiguës. La durée moyenne de séjour pour les malades aigus a été de 20 jours environ dans les hôpitaux publics et autonomes, et de 15 jours dans les Hôpitaux privés. Pour l'ensemble des malades (aigus et chroniques) la durée de séjour a été de 29 jours environ dans les hôpitaux publics, et de 25 jours dans les hôpitaux autonomes et privés.

5) Consultations externes

Elles n'existent que dans les policliniques des cliniques universitaires, dans les autres hôpitaux il n'y a des consultations externes que pour les médecins chefs. En effet, dans la R.F.A. les traitements ambulatoires sont réservés aux praticiens et aux spécialistes installés en cabinet.

6) Cliniques ouvertes

Le système de cliniques ouvertes est assez développé (65 000 lits pour un total de 630 000 lits), mais il est en voie de légère régression car le nombre de médecins hospitaliers à temps plein augmente. Notons que le fonctionnement est identique au système français ; par contre, il n'existe pas d'hôpitaux en Allemagne fonctionnant comme les hôpitaux ruraux français où les médecins sont des praticiens désignés par l'autorité compétente.

7) Situation économique des hôpitaux publics

Le déficit est important de façon générale. Ce sont surtout les petits hôpitaux (moins de 100 lits) non spécialisés qui sont les moins rentables, aussi essaie-t-on de les convertir en hôpitaux pour malades chroniques, ou en hospices, afin de soulager les hôpitaux de villes encombrés par les chroniques et les vieillards.

Le prix de journée (Pflegesatz) alloué aux hôpitaux est insuffisant. Pour les malades du régime commun, il est fixé par un règlement fédéral de 1954, et ce règlement est fortement critiqué par les organismes exploitants les hôpitaux. Ces derniers demandent que le prix de journée comprenne non seulement les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux, mais en plus il devrait couvrir totalement les frais d'équipement, de construction et d'entretien. Les assurances maladies ont rejeté cette demande. Il n'y a pas d'objection pour les prix de journée de 2^e et 1^e classes, fixés librement par les organismes exploitant les hôpitaux.

CHAPITRE II

LES MEDECINS DANS LES HOPITAUX PUBLICS

1) Généralités

Le travail médical dans les hôpitaux est effectué essentiellement par des médecins à temps plein. Depuis le milieu du 19^e siècle leur nombre a beaucoup augmenté. Il y avait à leur tête, un médecin en chef qui avait comme subalternes des chefs de services et des assistants, en nombre variable selon la grandeur de l'hôpital. La qualification du médecin chef était déjà autrefois primordiale, pour la renommée de l'hôpital. Mais la plupart des hôpitaux ne pouvaient donner aux médecins chefs un salaire en rapport avec leur rang et leurs qualités. C'est la raison pour laquelle fut instaurée une coutume maintenue jusqu'à nos jours : les médecins chefs étaient payés pour la plupart comme des fonctionnaires, ou comme des salariés, avec un contrat de travail jusqu'à l'âge de la retraite. Le salaire fixe étant faible, il leur était accordé en compensation le droit d'avoir des malades privés hospitalisés ou consultants externes. Le personnel et les installations techniques étaient mis à la disposition du médecin chef, moyennant une redevance forfaitaire à l'hôpital pour les frais de fonctionnement. En France, le système temps plein est apparu beaucoup plus tard : il a été officialisé à Strasbourg le 30 octobre 1935, mais n'a pris de l'extension que depuis une dizaine d'années. Pour bien comprendre la situation des médecins hospitaliers dans la R.F.A., nous devons savoir qu'il y a, en Allemagne, des fonctionnaires (Beamte) et des salariés (Angestellte) ; les fonctionnaires se divisent en deux groupes : les fonctionnaires à titre permanent (Beamte auf Lebenszeit) et les fonctionnaires à titre révocable (Beamte auf Widerruf). Cette différence ne se retrouve pas en France où les

fonctionnaires sont "les agents publics titulaires d'un emploi permanent".

2) Les effectifs des médecins hospitaliers

Ils sont en progression constante : en janvier 1953, il y avait 22 723 médecins hospitaliers et le 1^o janvier 1966, il y en avait 34 785 pour un ensemble de 85 901 médecins. Cette augmentation est supérieure à 50 %, alors que durant la même période l'augmentation du nombre des lits n'a été que de 20 % : en 1953, il y avait 23 lits par médecins et en 1965 : 18 lits. A ce nombre de médecins, il faut ajouter 6 408 "medizinalassistenten": ce sont des étudiants en médecine ayant réussi l'examen d'état et accomplissant obligatoirement et sans concours un internat de deux ans leur permettant de recevoir "l'approbation" (BESTALLUNG) qui est nécessaire pour s'installer (la thèse n'est pas obligatoire dans la R.F.A.). Nous les appellerons "internes" par la suite. Les 34 785 médecins hospitaliers se répartissent de la façon suivante :

- 20 664 dans le secteur public (dont 4 196 pour les cliniques universitaires),
- 11 165 dans le secteur autonome reconnu d'utilité publique,
- 2 956 dans le secteur privé.

Il y a beaucoup de médecins hospitaliers dans la R.F.A., il est vrai que la R.F.A. a une densité médicale très importante : un médecin pour 691 habitants en 1965. (En 1965, l'effectif total des médecins était de 90 745 dans la R.F.A. et de 62 000 en France). Cette évolution se poursuit : le 1^o janvier 1967, il y avait 100 762 médecins et internes. Néanmoins, il y a toujours un manque de médecins dans les hôpitaux mais ce manque ne concerne que les Assistanzärzte, et il est partiellement compensé par les médecins étrangers qui étaient 2 900 au début 1966. La situation va aller en s'améliorant car le nombre des étudiants s'est accru depuis 1962 et les hôpitaux absorberont une grande part des jeunes médecins, les débouchés dans la médecine de cabinet étant assez limités.

3) Activités des médecins hospitaliers

Il y a trois catégories d'activités pour les médecins à l'hôpital :

- les médecins à temps plein,
- les médecins à temps partiel,
- les médecins en cliniques ouvertes.

a) Médecins à temps plein : ils consacrent leur activité soit totalement, soit de façon prédominante au traitement hospitalier des malades. Ils sont engagés jusqu'à la retraite ou pour une durée limitée. Nous verrons leur hiérarchie et leur rôle respectif.

b) Médecins à temps partiel : Ils sont peu nombreux et leur situation n'est actuellement pas encore éclaircie dans beaucoup de domaines. Le Comité des Hôpitaux de la Chambre Médicale Fédérale essaie d'établir un contrat type permettant de régler les conditions de travail. Leur principale activité a lieu dans leur cabinet, et à côté de cela, ils travaillent à l'hôpital dans le domaine de leur spécialité en traitant les malades hospitalisés ; ils sont salariés et l'hôpital perçoit pour les malades en régime commun le "grand prix de journée" (Grosse Pflegesatz) : frais d'hospitalisation et honoraires médicaux.

Ils peuvent avoir des malades privés et peuvent alors fixer eux-mêmes leurs honoraires et les demander directement aux malades ; mais même au cours d'une activité privée à l'hôpital, ils sont considérés comme des salariés ce qui a une certaine valeur sur le plan juridique.

c) Les médecins en clinique ouverte (Belegarzt) sont assez nombreux : 7 252 (sur 34 785 médecins hospitaliers), la proportion est respectivement de :

- 2 057 dans les hôpitaux publics,
- 3 963 dans les hôpitaux autonomes,
- 1 232 dans les hôpitaux privés.

Le médecin en clinique ouverte est un médecin qui soigne ses malades dans son cabinet ou si c'est nécessaire à l'hôpital ; il n'est pas un salarié de l'hôpital, et il y a une entente directe de droit entre le malade et lui. Ce sont des praticiens ou des spécialistes conventionnés pour les actes médicaux effectués à l'hôpital. Ils sont rémunérés par l'Association des médecins conventionnés, et les Caisses de maladie ne verseront à l'hôpital que le "petit prix de journée" (Kleinpfllegesatz) : prix de journée après la déduction des actes médicaux. (Nous devons expliquer ici que l'Association des médecins conventionnés perçoit les honoraires qui sont versés par les Caisses ; l'Association règle ensuite les médecins conventionnés selon les actes effectués). Le 1^{er} mars 1966, l'Union Fédérale des Médecins conventionnés a établi un contrat avec l'Union des Caisses d'Assurances maladies au sujet du traitement hospitalier par un médecin conventionné.

Dans les "Services ouverts", le nombre de lits ne peut être supérieur à 20 ou 25 lits.

4) Spécialités

Leur réglementation est établie dans le code de déontologie professionnelle (Beruf- und Facharztordnung) ; elle est fixée par la chambre médicale de chaque Land qui délivre la qualification de spécialiste, alors que la délivrance du diplôme de médecin dépend du Ministère de l'Intérieur du Land. Cette réglementation des spécialités est valable pour tous les Länder car toutes les chambres médicales des Länder se sont inspirées du règlement proposé par le 59^e Congrès des médecins allemand (Deutsche Arztetag) ; le rôle des chambres médicales est très important dans le cadre

des spécialités ; ce sont elles qui dressent la liste des spécialités autorisées (article 24, paragraphe 2) et elles peuvent en ajouter ou en retirer. Elles déterminent la durée et les conditions des stages dans les Services hospitaliers (article 25) fixés par leur choix : la formation des spécialistes ne peut se faire qu'à temps plein à l'hôpital en étant Assistanzarzt ou chez certains spécialistes agréés, établis en ville. Une partie des études peut être accomplie à l'étranger. La Chambre Médicale Fédérale supervise les règlements et surveille s'ils sont conformes avec l'esprit de la loi. Nous résumerons dans un tableau les spécialités reconnues actuellement avec leur durée et le nombre de spécialistes correspondant.

SPECIALITES	DUREE DES ETUDES EN ANNEES	DUREE PREVUE DS LE CADRE DE LA C.E.E.	NOMBRE DE SPECIALISTES	
			A PLEIN TEMPS	LES AUTRES
1) Maladies internes	5		3 085	4 635
2) Pneumophtisiologie	4		550	556
3) Pédiatrie	4		842	1 807
4) Neuropsychiatrie	4		1 064	948
5) Dermato-vénérologie	3		226	1 301
6) Chirurgie	5	6	2 558	1 326
7) Orthopédie	4	5	244	938
8) Urologie	4	5	202	425
9) Chirurgie maxillaire (stomatologie)	3		50	70
10) Neuro-chirurgie	5	6	58	4
11) Gynécologie-obstétr.	4		1 033	2 276
12) Ophtalmologie	3	4	216	1 788
13) O.R.L.	3	4	270	1 816
14) Anesthésie	4	3	355	35
15) Radiologie	4		529	766
16) Médecine biologie	4		110	125
17) Anatomie pathologique				

L'anatomie pathologique a été reconnue comme spécialité depuis 1967 (70^e Congrès des Médecins Allemands). Notons que certaines spécialités comme la cardiologie, gastro-entérologie, rhumatologie ne sont pas enseignées séparément en Allemagne, car elles sont comprises dans la spécialité "maladies internes". Depuis 1967, le spécialiste de "médecine interne" peut ajouter à côté de son titre une seule des trois désignations suivantes : cardiologie, gastro-entérologie, rhumatologie et le spécialiste de "chirurgie" une des deux désignations suivantes : chirurgie infantile, chirurgie traumatique.

le 1^{er}.1.1967, il y avait 31 386 spécialistes dont 12 504 étaient des médecins hospitaliers à plein temps, et 3 390 étaient des spécialistes en cliniques ouvertes. Le nombre des spécialistes dans les hôpitaux était de 60 % environ. Les spécialistes, chefs de services hospitaliers, doivent restreindre leur activité de consultant hors de l'hôpital. Si un médecin hospitalier est titulaire de plusieurs spécialités il doit limiter son activité à une seule spécialité.

5) Hiérarchie dans les hôpitaux non universitaires

a) Médecin directeur

Au sommet, nous trouvons le médecin directeur (ärztlicher Direktor) qui dirige l'ensemble hospitalier ; il est responsable de la conduite médicale de l'établissement ainsi que de l'Hygiène et des autres questions d'administration médicale. Il fait partie de la direction de l'hôpital qui, en Allemagne, a un caractère collégial (elle est constituée par le médecin-directeur, le directeur administratif et la supérieure).

b) Médecin-chef de service spécialisé

A la tête de chaque service spécialisé, il y a un médecin chef (Leitender Arzt ou Chefarzt) qui exerce à temps plein presque toujours. Il

est responsable de la conduite du Service dans son ensemble ainsi que du traitement individuel des malades et il décide librement toute question d'ordre médical. En moyenne, chaque médecin-chef a cinq médecins subalternes dans les hôpitaux publics (2 917 médecins chefs et 15 404 subalternes).

Conditions de nomination : Il est nommé par l'organisme exploitant l'hôpital ; car il n'y a pas de concours. Chaque spécialiste peut poser sa candidature, mais en réalité, les médecins chefs sont recrutés parmi les médecins possédant des qualifications professionnelles particulières et sont sélectionnés, selon des critères avant tout d'ordre médical, parmi les Oberärzte pouvant faire valoir une expérience clinique acquise dans les hôpitaux universitaires et portant sur de nombreuses années.

Contrat de travail : Le médecin chef a un contrat d'employé ou parfois de fonctionnaire de l'hôpital ce qui implique un salaire fixe. Cette condition contractuelle fait que le médecin chef a une dépendance étroite à l'égard de l'administration hospitalière. Selon l'avis de la Société Allemande des Hôpitaux (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, qui est l'analogue de notre Fédération Hospitalière) ce salaire devrait se calquer sur la hiérarchie de l'administration sanitaire et être compris entre 1 250 DM (1^{er} échelon) et 2 700 DM (dernier échelon) par mois. Très souvent, les médecins chefs perçoivent un salaire au-dessous de cette limite. En effet, il y a un grand nombre de candidats qualifiés pour pourvoir les postes de médecin-chef et cette situation est utilisée par certains organismes exploitants les hôpitaux pour faire des contrats d'engagement qui deviennent de plus en plus défavorables pour les médecins chefs non seulement sur le plan économique, mais aussi sur le plan d'indépendance dans l'exercice de la profession. D'après le code de déontologie professionnelle, le médecin est obligé de soumettre à la Chambre médicale du Land tout contrat concernant la profession médicale avant de le signer, pour savoir si les intérêts de la profession sont respectés. Cette obligation n'est pas suivie.

Si le salaire fixe est faible, il ne faut pas oublier que le médecin chef a droit traditionnellement à un secteur privé aussi bien pour les malades hospitalisés que pour les malades consultants. Le médecin chef fixe lui-même les honoraires pour les malades traités dans les services de 1^o et 2^o classes, pour les malades privés de 3^o classe, et pour les consultants privés. Généralement, il ne perçoit pas de traitement pour les consultants assurés sociaux (85 % de la population). Il doit une certaine redevance à l'hôpital (environ 5 à 20 %) sur les honoraires du secteur privé, afin de couvrir les frais de fonctionnement de l'hôpital.

Le nombre de lits du secteur privé est en général légèrement supérieur à 10 % du nombre des lits.

Dans le cadre des accidents du travail, le médecin-chef a un rôle de consultant et d'expert pour le compte des associations professionnelles dont relèvent les accidents du travail.

c) Médecins subalternes

Ce sont les "Oberärzte" et "Assistenzärzte". Il y avait, le 1^o.1.1965, dans les hôpitaux publics 15 404 médecins subalternes dont 3 028 "Oberärzte".

Conditions de travail : ce sont des employés de l'hôpital n'ayant pas droit à un secteur privé hospitalier, dont les conditions de travail sont réglées par des conventions tarifaires. Cette convention tarifaire est appelée BAT (Bundes Angestellten Tarif Vertrag : contrat tarifaire des employés de la Fédération) ; elle a été faite entre la Fédération, les Länder, les Communes d'une part et d'autre part les différents syndicats des salariés : les médecins étaient représentés par l'Association de Marburg (Marburger Bund) qui est l'association des médecins salariés de la R.F.A.

Le BAT se divise en une partie générale valable en principe pour tous les employés des services publics ; pour chaque catégorie d'employés il y a un règlement particulier qui s'ajoute à la partie générale.

La partie générale du BAT par exemple règle :

- a) les conditions générales de travail portant par exemple sur le secret médical, les occupations secondaires, la responsabilité;
- b) les heures de travail : heures normales, heures supplémentaires, absences du travail ;
- c) la durée de contrat ;
- d) l'échelon d'indemnisation qui se détermine selon des critères professionnels ;
- e) le salaire ;
- f) les prestations sociales, comme les indemnités en cas de maladie, les primes d'ancienneté, les aides ;
- g) les indemnités de déplacement, de séparation et les primes de déménagement;
- h) les rentes supplémentaires de vieillesse et de survivants. Les charges sociales normales sont réglées par la loi distinctement pour l'assurance-maladie et l'assurance-vieillesse. L'assurance-accident prescrite par la loi ainsi que l'assurance-chômage sont soumises à une réglementation spéciale.
- i) les vacances et l'exemption du travail ;
- j) la cessation des relations du travail.

La réglementation spéciale pour les médecins salariés est définie dans l'annexe 2 C du BAT :

- a) Les heures de travail normales. Nr 7 de la régl. 2 c du BAT prévoit, contrairement au règlement appliqué normalement (44 heures de travail par semaine), une durée de travail de 48 heures par semaine.
- b) Les services de garde et les services de garde dits sur appel : la profession médicale demande en dehors des heures de travail normales, des heures supplémentaires à consacrer aux services de garde. A l'heure actuelle, les services de garde sont divisés en quatre groupes, selon l'intensité du travail à fournir. Le Service de garde est honoré en

fonction de cette intensité. Le service de garde dit sur appel - le médecin reçoit une indemnité en fonction des heures qu'il y a effectivement consacrées dont le montant correspond au tarif pour heures supplémentaires.

- c) Les vacances. Nr 11 de la régl. 2 c du BAT prévoit 24 jours de vacances (24 jours ouvrables) pour les médecins employés dans un hôpital du secteur public. Les médecins entre 30 et 40 ans ont droit à 27 jours de vacances et, après l'âge de 40 ans, ils ont droit à 32 jours ouvrables par an.
- d) Les occupations secondaires. Les médecins des hôpitaux publics peuvent avoir des occupations secondaires. De cette pratique, il leur revient une partie des honoraires que les tiers (ses comettants) leur doivent. Cette activité consiste pour la majorité dans l'établissement des expertises médicales.

Nous verrons plus loin quels sont les émoluments des médecins hospitaliers. Voyons quel est le rôle de l'Oberarzt et de l'Assistanzarzt.

- Oberarzt : il seconde le médecin chef et est choisi parmi les assistanz-ärzte spécialistes. Son contrat de travail est de durée limitée et il n'est pas comme le médecin chef fonctionnaire à titre permanent. Il n'a pas de secteur privé à l'hôpital, mais le règlement lui permet de donner des consultations en ville, en dehors des heures de travail régulières dues à l'hôpital. Dans les hôpitaux publics chaque Oberarzt dirige quatre Assistanzärzte en moyenne. Beaucoup d'Oberärzte quittent après quelques années le secteur hospitalier pour s'installer comme spécialistes car les possibilités d'accéder au rang supérieur sont assez restreintes.

Si nous voulons faire une comparaison avec le régime français, nous pouvons dire que leur fonction correspond approximativement à celle des Assistants des hôpitaux non universitaires français.

- Assistenzarzt : il représente l'échelon inférieur de la pyramide hospitalière. Il est nommé après avoir reçu l' "approbation" (Bestallung) qui, rappelons-le, permet d'exercer mais ne permet pas d'être conventionné : en effet, pour avoir le droit d'être conventionné dans la R.F.A., le médecin doit exercer encore à l'hôpital ou chez un praticien installé durant une période qui vient d'être ramenée à 6 mois, dans le cadre de la C.E.E. (elle était de 18 mois auparavant). Les Assistenzärzte préparent à l'hôpital leur établissement comme praticien libre ou leur qualification de spécialiste. Ils peuvent devenir Oberärzte après 4 ans d'activité. Ils sont responsables de 30 lits en moyenne. Il n'existe pas en France de fonction correspondant à celle d'Assistenzarzt dans les hôpitaux non universitaires et le terme d'Assistant souvent utilisé pour les dénommer risque de prêter à confusion. Par ordre hiérarchique décroissant, l'Assistant Allemand (Assistenzarzt appelé encore Assistent) vient au 3^o rang, et l'Assistant français au 2^o rang.

Alors que le nombre de médecins-chefs de service et d'Oberärzte est suffisant, les Assistenzärzte sont depuis 1960 en nombre insuffisant : jusqu'en 1960, le nombre des médecins conventionnés était très limité par les caisses de maladie : un médecin conventionné pour 500 assurés sociaux. La suppression de ce numerus clausus a entraîné le départ d'un grand nombre d'Assistenzärzte qui se sont installés.

- Medizinalassistent : c'est un interne dont nous avons vu la fonction au chapitre "effectif des médecins hospitaliers".

6) Hiérarchie dans les hôpitaux universitaires

Généralités

Commen en France, dans les hôpitaux universitaires, la hiérarchie purement hospitalière se double d'une hiérarchie des grades universitaires.

Les médecins sont tous à temps plein, et il y a peu d'hospitalisatiers non universitaires.

Il n'y a pas de texte officiel fixant ces hiérarchies. Les hiérarchies se sont transmises traditionnellement et seules les "propositions" du Conseil Scientifique font office de loi. Ce conseil essaie actuellement de simplifier la hiérarchie universitaire ; cela est très difficile car chaque université a une législation qui lui est propre et les organismes de tutelle ont très peu de pouvoir.

Les perspectives pour les carrières hospitalo-universitaires sont limitées ; en 1960, il y avait 471 chaires dans les facultés de médecine, dont 277 chaires de clinique alors que le nombre d'étudiants en médecine était de 20 953 (30 124 en 1966). Aussi, de nombreux médecins qualifiés abandonnent très tôt la carrière universitaire.

Les grades hospitaliers

Ils sont calqués sur la hiérarchie des hôpitaux non universitaires.

- a) Directeur de clinique (Klinikdirektor) : il est en général professeur titulaire de chaire (ordentlicher Professor), et dirige les chefs de Services. Dans le domaine de la recherche, il a surtout un rôle de coordination.
- b) Chef de service spécialisé (Leitender Arzt ou Chefarzt ou Abteilungsleiter) : il est remplaçant du directeur de clinique et est payé comme un professeur titulaire à titre personnel (ausserordentlicher Professor).
- c) Oberarzt et Abteilungsvorsteher :
Oberarzt : il seconde aussi le directeur de clinique dans l'administration, les soins des malades, la recherche et il a une fonction d'enseignant pour laquelle il porte le titre de Dozent : il est essentiellement chargé de la formation des étudiants et il a comme subalterne des Assistants scientifiques (Wissenschaftlichen Assistenten). C'est un fonctionnaire à titre révocable, rémunéré d'après le tarif des fonctionnaires et percevant une indemnité forfaitaire pour les cours. Il doit avoir

l' "Habilitation" que nous étudierons plus loin. La fonction d'Oberarzt correspond à peu près à celle de médecin adjoint des hôpitaux universitaires français, l'habilitation étant l'équivalent de l'Agrégation.

Abteilungsvorsteher : ils ont les mêmes fonctions et les mêmes titres universitaires que l'Oberarzt et ils sont nommés lorsqu'un service spécialisé ou d'une haute technicité doit être créé à l'intérieur d'une clinique : par ex. : service d'urologie dans une clinique chirurgicale ou service de réanimation, neuro-respiratoire. Ce sont des fonctionnaires à titre permanent. Ils équivalent chez nous à "chef de service à titre personnel".

d) Assistenten ou Assistanzarzt : Le nombre théorique est d'un assistant pour quinze lits ; il y en a plus pour la polyclinique et pour certaines fonctions : EEG, radiologie, anesthésie. Ce sont en quelque sorte des chefs de clinique, assistant des hôpitaux.

e) Medizinal-assistent.

Les grades universitaires

Nous les étudierons par ordre hiérarchique décroissant.

a) Ordentlicher Professor (appelé encore Ordinarius) : c'est un professeur titulaire d'une chaire ; il a un domaine spécialisé dans la recherche et l'enseignement et est responsable de la formation des étudiants. Il peut avoir une fonction de directeur de clinique ou d'institut.

La qualification est déterminée par les travaux accomplis.

La nomination se fait sur proposition de la faculté :

en général, trois candidats sont proposés parmi ceux ayant l'habilitation, et ces candidats ne doivent pas faire partie de cette faculté. La proposition est étudiée par le Sénat (corps académique constitué par le

Recteur, les doyens et des représentants du corps enseignant) qui décide.

La nomination officielle est prononcée par le Ministre de la culture et de l'enseignement, et cela aussi pour tous les autres professeurs. Il est fonctionnaire jusqu'à l'âge de la retraite, fixée à 68 ans.

Le salaire est fixé d'après le tarif des fonctionnaires et à ce salaire

de base s'ajoute une rémunération supplémentaire, forfaitaire, pour les cours.

Il est libre pour la recherche et l'enseignement, mais doit suivre le tableau de service fixé par la faculté.

Il collabore à l'administration de la faculté et fait partie de différentes commissions. Pour la recherche et l'enseignement il a à sa disposition le personnel et les installations techniques.

- b) Ausserordentlicher Professor (appelé encore extraordinarius). C'est un professeur sans chaire, dont les fonctions pour la recherche et l'enseignement sont identiques à celles de l'Ordentlicher Professor. Il peut diriger un domaine particulier dans une spécialité, surtout pour celles qui sont en pleine évolution, ou bien diriger des services importants dans les cliniques et centres de recherche.
- La qualification est aussi déterminée par les travaux accomplis ; il doit avoir, en général, l'habilitation. Il est proposé par le Sénat (il n'y a pas trois candidats proposés comme pour les Ordentliche Professoren) et il peut faire partie de la faculté où il est nommé.
- C'est un fonctionnaire à titre permanent ; rémunéré de la même façon que l'Ordentlicher Professor, mais à un échelon légèrement inférieur. Il est mis à la retraite à 65 ans, mais peut être prolongé jusqu'à 68 ans.

Les Ordentliche Professoren et les Ausserordentliche Professor sont des Planmässige Professoren, c'est-à-dire des Professeurs titulaires ; ce groupe est en quelque sorte l'opposé du grade suivant :

- c) Ausserplanmassiger Professor : c'est un titre académique qui ne donne droit de fait ni au salaire, ni à la retraite, ni à la nomination de Planmassiger Professor.

Ce sont, en général, des Privatdozenten qui ont six ans d'activité. Ils sont salariés et leur contrat a une durée limitée. Ils peuvent être nommés comme les Privatdozenten Chef d'un service dans un institut ou une clinique et font alors partie du groupe des fonctionnaires à titre

permanent. Cette nomination se fait sur proposition de la Faculté avec l'accord du Sénat.

- d) Honorarprofessor : Ce n'est pas un professeur honoraire comme sa dénomination le laisserait supposer. Il correspond à ce que nous appelons "Professeur associé ou personnalité scientifique". C'est en effet une personnalité scientifique, étrangère à l'université, qui a une qualification correspondant à un titulaire de chaire et qui est engagé sur la demande de la faculté avec accord du Sénat comme professeur chargé d'enseigner dans la matière accordée par la faculté. Ce titre ne donne pas droit à un contrat de fonctionnaire à vie, ni à une retraite.
- e) Lehrbeauftragte : C'est aussi un Professeur chargé d'enseignement, nommé selon la procédure universitaire habituelle, mais il a un grade inférieur à celui d'Honorarprofessor.
- f) Privatdozent : il effectue un travail de recherche et d'enseignement dans une spécialité et cela soit dans un institut, soit dans une clinique : dans ce dernier cas, il est appelé Oberarzt (Oberarzt est un titre hospitalier, Privatdozent un titre universitaire). Il doit avoir réussi l' "Habilitation" qui est l'analogue de l'Agrégation. L'Habilitation est une épreuve d'admission à l'enseignement supérieur. Elle comprend trois parties : une thèse (Habilitation-schrift) qui doit être un travail scientifique personnel ; après l'admissibilité il y a un exposé probatoire (Probe-vertrag) et une discussion scientifique (Wissenschaftliche Aussprache) devant le Conseil de Faculté. Lorsque le candidat est admis, il est nommé Privatdozent par le Sénat, sur la demande de la Faculté. Cette épreuve n'a lieu qu'à l'échelon local, et ce n'est pas un concours. Il existe d'ailleurs un règlement pour l'Habilitation propre à chaque université, mais généralement, c'est celui de la faculté de Göttingen qui sert de base à toutes les autres facultés. Le Privatdozent enseigne la spécialité pour laquelle il a été admis ; il est fonctionnaire à titre révocable, mais pour la retraite, il est

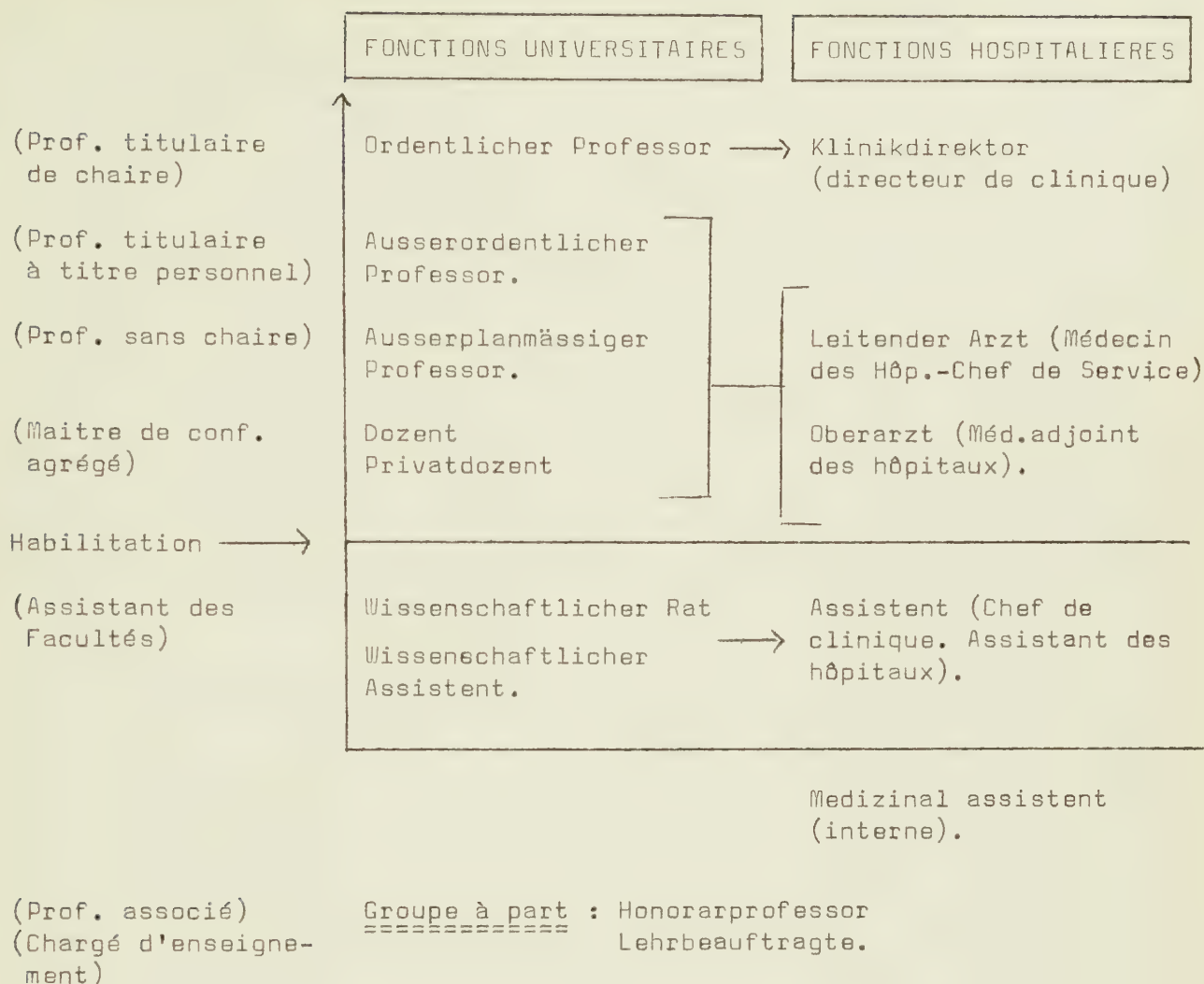
considéré comme un fonctionnaire à titre permanent. Il peut faire partie du Conseil de Faculté et il perçoit une indemnité forfaitaire pour les cours. Après six ans, environ, d'activité, il peut être nommé Dozent ou Ausserplanmässiger Professor, sur proposition de la faculté avec accord du Sénat.

Si après 8 ans, il n'a pu obtenir une place de fonctionnaire à titre permanent, il est révoqué et reçoit alors une rémunération compensatrice. Ils sont indépendants, à l'exception de certains devoirs de recherche et d'enseignement.

Il a le droit d'utiliser l'équipement technique des instituts, et peut avoir du personnel à sa disposition.

- g) Wissenschaftlicher Assistent (Assistant scientifique) : il seconde le professeur auquel il est adjoint. Il doit accomplir un travail scientifique personnel et poursuivre sa formation. Une certaine liberté lui est accordée quand il prépare l'Habilitation. Il peut avoir les mêmes fonctions, sans être adjoint à un professeur. Pour être nommé, il doit avoir passé la thèse. La nomination se fait sur la demande d'un professeur. Il est fonctionnaire à titre révocable, pour une durée de 2 à 6 ans. Aucun budget ne leur est accordé pour le personnel ou le matériel, mais ils peuvent utiliser les installations techniques pour leurs travaux personnels.
- h) Wissenschaftlicher Rat (Conseiller scientifique) : il a en général un devoir d'enseignement, et seconde les professeurs et les Dozent quand il y a un trop grand nombre d'étudiants, ou bien il est responsable d'un appareillage très technique ou poursuit certains travaux de recherche. Pour être nommé, il doit avoir terminé les études et la qualification nécessite une activité de trois ans comme assistant scientifique. Les places sont occupées sur proposition de la direction de l'Institut avec accord de la faculté.

Nous résumerons dans le tableau suivant la hiérarchie des médecins universitaires dans leurs fonctions universitaires et hospitalières, en mettant entre parenthèses l'équivalence approximative avec le régime français.



L'avancement ne se fait pas obligatoirement échelon par échelon ; il est fonction de l'ancienneté, des qualités, et des postes vacants. Par exemple, un Privatdozent ayant plusieurs années d'ancienneté peut être nommé directement Ordentlicher Professor. D'autre part, les correspondances entre les fonctions universitaires et hospitalières sont assez larges comme nous pouvons le voir sur le tableau ci-dessus.

7) Responsabilité professionnelle des médecins hospitaliers

- Responsabilité pénale

Tous les médecins hospitaliers sont responsables personnellement pour toute faute ayant un caractère délictuel et qui est inexcusable ; ils relèvent alors de la justice pénale : par ex., lorsque l'acte médical a entraîné la mort du patient (article 222 du St. G.B., code pénal : homicide par imprudence) ou une lésion corporelle (article 230 du St. G.B.) qui est en rapport avec l'acte médical et qui aurait dû être évitée (surdosage de médicament par ex., compresses oubliées au cours d'une opération, ou toute autre faute par négligence quand celle-ci peut être démontrée).

- Responsabilité civile

Il faut distinguer le médecin de clinique ouverte (Belegarzt) qui ne relève pas de la justice Administrative, car il n'est pas un salarié de l'Hôpital. Il est traduit devant la Justice Civile. Par contre, les médecins à temps complet ou à temps partiel sont en général couverts par l'administration. Dans les hôpitaux publics, le médecin directeur porte la responsabilité des fautes commises par ses subalternes contre un tiers envers l'organisme exploitant l'hôpital (commune, Land). En réalité, le médecin hospitalier peut voir sa responsabilité civile engagée personnellement : lorsqu'un patient subit un dommage de la part d'un médecin hospitalier, il peut évoquer une rupture du contrat de soin et rend responsable l'exploitant de l'hôpital pour réclamer une indemnité, mais parallèlement, le patient peut porter une accusation directe contre le médecin de l'hôpital pour demander des dommages ou intérêts. Le médecin est alors traduit devant la justice civile et si sa responsabilité est reconnue, l'administration peut introduire un recours pour dégager sa propre responsabilité. Comme nous le voyons, la position du médecin hospitalier est assez délicate, dans les Hôpitaux publics ; en effet, "les organismes exploitants les hôpitaux ne

sont pas obligés de libérer leurs médecins de toute revendication résultant de leur responsabilité civile pour l'activité hospitalière. Cette obligation de couvrir les médecins n'est formellement prévue que dans les hôpitaux de la Croix Rouge allemande". Les hôpitaux du secteur public n'assument cette responsabilité que dans très peu de régions. Enfin, la position juridique du medizinialassistent (interne) est paradoxale ; le statut de nomination médicale (Bestallungsordnung) considère la période d'internat comme faisant partie de la formation médicale (régime étudiant) ; par contre, selon le Droit de Travail (Arbeitsrecht), l'internat n'est pas une période de formation : la responsabilité de l'interne est donc personnellement engagée. Nous voyons que la position juridique de l'interne en Allemagne ne peut être comparée à celle de l'interne ou du stagiaire de 6^e année en France qui est normalement couvert par l'administration sauf pour "des fautes exclusivement personnelles, détachables du service".

8) Situation économique et sociale des médecins hospitaliers

a) Rémunération

La Chambre Médicale Fédérale et les Chambres Médicales des Länder n'ont pas d'influence directe sur la fixation des émoluments qui sont établis pour les salariés par le B.A.T. et pour les fonctionnaires par le B.E.A.G. (législation des fonctionnaires). Dans le cadre de cette étude, seuls les professeurs de faculté et une partie des médecins chefs de service hôpitaux non universitaires sont des fonctionnaires. La majorité des médecins des hôpitaux publics sont des salariés. Dans la R.F.A., il n'est pas tenu compte pour la fixation des salaires de la position spéciale des médecins vis-à-vis des autres groupes professionnels. Il existe un salaire de base, auquel s'ajoutent différentes indemnités : indemnité locale, allocations familiales, expertises, services de gardes et pour les médecins-chefs de

service : le secteur privé. Il y a différents échelons, selon l'ancienneté. Pour les professeurs de faculté, il existe en outre une rémunération forfaitaire pour les cours (Kollegpauschall). La situation des médecins universitaires est encore défavorable : il n'existe pas d'indemnités supplémentaires pour les gardes de nuit, et de fin de semaine, ni pour les heures supplémentaires.

Nous ne donnerons que les salaires de bases, à titre d'exemple ; il est difficile d'apprécier les indemnités supplémentaires, hormis celles des gardes qui varient entre 100 et 300 DM par mois, et l'indemnité locale ; 250 DM en moyenne. Dans les hôpitaux non universitaires : pour le médecin chef de service, le salaire de base est généralement de 1 250 DM (1^{er} échelon) à 2 700 DM (dernier échelon). L'Oberarzt est normalement rémunéré selon l'échelon BAT 1 b : 1 525 DM s'il a plus de trois Assistanzärzte comme subordonnés il est à l'échelon 1 a : 1 693 D.M., l'Assistenzarzt est à l'échelon BAT II : 1 373 DM, il peut être à l'échelon I b s'il est responsable de plus de 35 lits, ou s'il a un autre Assistanzarzt comme subordonné.

Ces salaires varient pour chaque échelon avec l'ancienneté ; nous n'avons donné que le salaire inférieur.

Dans les hôpitaux universitaires, nous donnerons comme exemple les émoluments de la faculté de médecine de Hombourg (dépendant de l'Université de Sarrebrück) ; notons qu'il n'y a que de très légères variations entre les différentes universités. Nous citerons les chiffres correspondant au premier et au dernier échelon d'ancienneté.

- Ordentlicher Professor : H4 : 1 477 à 2 451 DM (peut aller jusqu'à 2 549 DM) ;
- Ausserordentlicher Professor : H3 : 1 308 à 2 107 DM (peut aller jusqu'à 3 058 DM) ;
- Ausserplanmässiger Professor : H2 : 1 171 à 1 963 DM.
- Dozent : H1 : 1 090 à 1 800 DM.
- Wissenschaftlicher Assistant : A 13 a : 1 069 à 1 768 DM.

Une remarque doit être faite au sujet de la faculté de médecine d'Ulm dont le statut économique est très particulier. Cette faculté a été

créée dans le cadre de la réforme des études médicales proposée par le Conseil Scientifique. Les professeurs laissent leurs honoraires provenant des malades privés à une Société de droit civil qui les gère et les distribue. Les professeurs reçoivent "un salaire régulier, forfaitaire, approprié". L'excédent doit être utilisé pour la recherche et l'enseignement à la faculté ; le déficit éventuel est à la charge du Land. Cette fonctionnarisation du corps professoral a été vivement critiquée dans la R.F.A. Depuis certaines indemnités supplémentaires ont été accordées aux professeurs de cette faculté et leurs émoluments sont à peu près identiques à ceux des autres facultés.

b) Retraite des médecins hospitaliers

A l'exception de Hambourg et du Land Hesse, il existe dans tous les Länder de la R.F.A. et à Berlin Ouest une assurance vieillesse et invalidité propre au corps médical et qui a pour base juridique des lois établies dans chaque Land. Tous les médecins exerçant sont obligatoirement soumis à ce régime d'assurance vieillesse, sauf les médecins fonctionnaires qui eux ont droit à une rente.

De plus, il existe, pour les médecins changeant de Land, une limite d'âge fixée à 45 ans (Bavière et Sarre) : 41 ans) au delà de laquelle le médecin n'est plus admis par l'assurance du Land où il a sa nouvelle résidence. Il doit alors continuer à verser ses cotisations à l'assurance de son ancienne résidence ; mais maintenant, une certaine réciprocité existe entre les Länder afin de ne pas trop entraver les changements de résidence d'un Land à l'autre.

Les médecins salariés (Angestellte) peuvent se livrer de cette assurance vieillesse constituée par le corps médical, mais ils doivent alors s'affilier obligatoirement au régime d'assurance vieillesse commun à tous les salariés, et payer une cotisation de solidarité à l'assurance vieillesse du corps médical. (C'est en quelque sorte le régime de solidarité constitué par le corps médical hospitalier en France).

Actuellement, le taux de base de la retraite est de 700 à 1 100 DM par mois ; une assurance volontaire peut permettre d'augmenter ce taux. L'âge de la retraite est en règle générale fixée à 68 ans. La rente d'invalidité n'est perçue que pour un taux d'invalidité supérieure à 80 %. La veuve et les orphelins perçoivent respectivement 60 % et 30 % de la rente.

c) Associations professionnelles

En plus des Chambres médicales, corporations de droit public, il existe des associations professionnelles médicales représentant "les intérêts économiques et professionnels particuliers des différents groupes de médecins".

Pour les médecins hospitaliers, les principales associations professionnelles sont les suivantes :

- l'Association des médecins chefs des hôpitaux (Verband der leitenden Krankenhausärzte),
- l'Association des médecins salariés (Marburger Bund).
- le Congrès des facultés de médecine de l'Allemagne de l'Ouest (Westdeutscher Medizinischer Fakultätentag).

Ils peuvent faire partie aussi de l'Association des Spécialistes (AFB Verband der Fachärzte). Toutes ces associations ont des représentants au sein de la Présidence du Congrès des Médecins Allemands, qui est une assemblée annuelle générale au cours de laquelle sont prises toutes les décisions importantes concernant la médecine.

CHAPITRE III

PERSONNEL AUXILIAIRE DANS LES HOPITAUX

Il existe auprès de la Chambre Médicale Fédérale, un comité du personnel auxiliaire et des délégués des Chambres Médicales des Länder s'occupant de toutes les questions actuelles sur ce plan et essayant de trouver des règlements communs à tous les Länder.

1) Le personnel technique médical

Assistances techniques médicales : la réglementation professionnelle a été établie par la loi de décembre 1958 : la formation exige deux années d'études théoriques dans un institut d'enseignement et six mois d'études pratiques. Une réforme est en cours visant à diviser les assistances techniques en deux groupes :

- assistances techniques de laboratoire,
- assistances techniques de radiologie.

Aide-assistances techniques : le nombre des titulaires étant insuffisant, il y a des aides de laboratoires et de radiologie n'ayant suivi aucun enseignement, mais possédant quelques connaissances pratiques. Une formation particulière est envisagée pour améliorer les connaissances théoriques.

Une certaine partie du personnel technique médical est admise sans avoir subi aucune épreuve théorique ou pratique.

	TOTAL	HOP. PUBLICS	HOP. AUTONOMES	HOP. PRIVES
Personnel technique médical =	17 183	10 948	5 360	875
1) Assistantes techniques médicales	11 074	7 882	2 809	383
2) Aides-assistantes techniques	2 624	1 158	1 257	209
3) Sans aucun examen	3 485	1 908	1 294	283
Personnel infirmier	133 211	83 513	43 957	5 741
Sages-femmes	5 564	2 630	2 477	451
Masseurs-kinésithérapeutes	6 481	3 350	2 234	898

2) Le personnel infirmier

Une nouvelle loi datant de 1965 règle la formation professionnelle des infirmiers et infirmières : 3 ans d'enseignement à la fois pratique et théorique (il faut un minimum de 1 200 heures d'enseignement théorique). Le niveau demandé est d'avoir été à l'école durant 10 ans.

- Aides-soignantes : Le niveau de l'école primaire est exigé. L'âge minimum est de 18 ans pour les deux catégories. Le personnel infirmier a augmenté au cours des dernières années : 20 % de 1960 à 1965 ; cette augmentation est supérieure de 40 % à l'augmentation du nombre des lits

durant la même période : pour 1.000 lits, il y avait, en 1960 : 190 infirmiers(ères) et en 1965 : 211.

3) Sages-femmes

Le nombre d'accouchements effectués dans les hôpitaux a augmenté ces dernières années, bien que les caisses de maladies ne remboursent que les accouchements pathologiques effectués à l'hôpital (l'accouchement normal devant être pratiqué à la maison). Les caisses de maladie se sont aperçues qu'un grand nombre d'accouchements pathologiques effectués dans les hôpitaux étaient des accouchements normaux. Aussi, ont-elles décidé de rembourser prochainement tous les accouchements, quels qu'ils soient, et où qu'ils soient effectués. Cela permettra d'améliorer la situation des sages-femmes principalement celles qui pratiquent à l'hôpital à titre libéral.

CHAPITRE IV

RAPPORTS ENTRE LES HOPITAUX PUBLICS,
LES HOPITAUX AUTONOMES ET PRIVES,
ET LES PRATICIENS 'OU SPECIALISTES LIBERAUX

1) Hôpitaux publics et hôpitaux autonomes et privés

Nous avons vu que les hôpitaux publics sont surtout des gros hôpitaux ayant essentiellement des malades aigus, alors que les hôpitaux autonomes et privés sont des petits hôpitaux destinés à une grande majorité de malades chroniques.

D'autre part, le secteur public est faiblement majoritaire dans la R.F.A. et cela crée un certain équilibre. Finalement, nous pouvons dire que malgré la différence de caractères de ces trois catégories : publiques, autonomes (avec une influence religieuse très marquée) et privée, il existe une certaine harmonie : chacune de ces catégories a une fonction particulière la mettant peu en compétition avec les catégories voisines. De plus, un effort de coordination est entrepris afin d'éviter le double emploi dans ces catégories.

2) Hôpitaux publics et praticiens ou spécialistes libéraux

Bien qu'il y ait parfois quelque rivalité à l'échelon local, les rapports sont dans l'ensemble assez bons car les fonctions sont bien séparées : le médecin hospitalier se consacre uniquement au traitement des malades des malades hospitalisés ; la consultation externe est réservée aux médecins libéraux (exception faite pour les médecins chefs des hôpitaux et des polycliniques universitaires, comme nous l'avons déjà vu). Notons aussi que

les praticiens et spécialistes libéraux exerçant en cliniques ouvertes sont nombreux. Actuellement, les débouchés sur la médecine libérale (58 000 médecins libéraux) sont très limités et le nombre de places pour les médecins hospitaliers à temps plein doit être augmenté. Cela est d'ailleurs nécessaire afin d'améliorer la qualité des soins. Le besoin en médecins à temps plein s'élève d'ailleurs de façon constante, principalement pour les spécialistes des gros centres hospitaliers et des hôpitaux universitaires. Il existe depuis le début 1964, au sein de la Chambre Médicale Fédérale, un comité pour les questions hospitalières (Krankenhausausschuss) formé de 6 membres ; à ce comité est adjoint un conseil permanent (Ständiger Konferenz) qui se compose d'un représentant par Chambre médicale des Länder. Ce Comité s'occupe des points suivants : réforme hospitalière, travail des médecins hospitaliers, contrat des médecins chefs, rapports entre médecins hospitaliers et administration, rapport entre hôpitaux et médecins libéraux, développement des hôpitaux, etc...

CHAPITRE V

REVENDEICATIONS

1) Concernant les médecins

Les médecins hospitaliers demandent que la durée des gardes de nuit et de fin de semaine dans les hôpitaux soit limitée de façon précise afin d'éviter un surmenage qui peut finalement être dangereux pour les patients. Dans les cliniques universitaires, à l'exception de Berlin, de très nombreux médecins assument les gardes sans aucune compensation (financière ou jour de repos). Rappelons que la durée de travail hebdomadaire pour les médecins hospitaliers et les infirmiers (ères) est supérieure de 4 heures à celle des autres salariés (cela équivaut à un mois de travail supplémentaire par année), mais aucune indemnité n'est accordée pour ces heures supplémentaires.

- Les médecins-chefs de service ne sont souvent pas des fonctionnaires à titre permanent, d'autre part leur salaire de base est assez faible : 35 % des médecins chefs ont un salaire inférieur à celui proposé par la Société allemande des hôpitaux. Les contrats de travail sont de plus en plus défavorables pour les nouveaux postes. Les pouvoirs des médecins chefs sont assez limités en ce qui concerne la discipline du personnel para-médical.

- Les médecins subalternes ont une possibilité d'avancement assez réduite ; beaucoup préfèrent s'installer à leur compte. Les spécialistes et les "Oberarzt" dans les hôpitaux ayant plus de 70 lits voudraient avoir droit à un secteur privé. Les spécialistes dans les hôpitaux demandent un

un tarif supérieur (dans la R.F.A. les honoraires des spécialistes sont à peu près identiques à ceux des praticiens).

2) Concernant les hôpitaux

Le nombre de lits et de salles de malades est encore insuffisant, surtout dans les hôpitaux universitaires souvent surpeuplés et beaucoup d'hôpitaux doivent être modernisés ; l'insuffisance de crédit place ces hôpitaux dans une situation difficile : l'équipement matériel n'est pas adapté à la médecine actuelle. Les organismes exploitent les hôpitaux demandent un relèvement du prix de journée. Les hôpitaux modernes sont nombreux dans la R.F.A., mais bien souvent les communes ne peuvent en supporter les charges qui sont élevées et la bonne marche de l'hôpital est alors compromise. Les Caisses d'assurances ont refusé de prendre les charges à leur compte car elles ont déjà des dépenses très importantes pour les frais de maladies ; certains estiment que les caisses demanderaient "le droit à la parole dans les établissements", ce qui pourrait limiter la liberté d'exercice des médecins hospitaliers.

CHAPITRE VI

ETUDE COMPARATIVE AVEC LA MEDECINE DANS LES HOPITAUX PUBLICS FRANÇAIS

Nous avons vu au cours de cette étude les particularités de la médecine dans les hôpitaux publics de la R.F.A. : les médecins hospitaliers sont nombreux et parmi eux il y a un grand nombre de médecins à temps plein : ils représentent 41 % de tous les médecins hospitaliers et existent depuis fort longtemps. En France, la médecine à temps plein transposée du régime allemand, a été officialisée à Strasbourg en 1935, mais c'est seulement depuis une dizaine d'années qu'elle se développe progressivement.

Le secteur public est plus important en France (70 %) qu'en Allemagne (51 %) où le secteur confessionnel est assez développé. La proportion des médecins de cliniques ouvertes est beaucoup plus élevée dans la R.F.A.

Les médecins hospitaliers de la R.F.A. sont obligatoirement membres de l'Ordre des médecins (cette obligation n'existe pas en France pour les hospitaliers) et tout contrat de travail est obligatoirement soumis à l'Ordre avant d'être signé afin de juger si les intérêts de la profession sont respectés.

- Leur position est assez instable car ils sont contractuels, et la position statutaire des hospitaliers français est plus favorable. Il n'y a pas de concours pour la nomination dans les hôpitaux ; c'est l'organisme exploitant l'hôpital qui désigne les médecins, et certaines faveurs peuvent apparaître parfois, mais beaucoup plus rarement dans les hôpitaux publics que dans les hôpitaux confessionnels.

- Alors qu'en France, les consultations externes sont prévues pour tous les hôpitaux, dans la R.F.A. elles sont assez restreintes : elles ne sont autorisées que pour les polycliniques universitaires, et pour tous les médecins chefs de service.
- Dans le domaine des spécialités plusieurs divergences se rencontrent : la formation doit s'effectuer à temps plein, elle est rémunérée et est ouverte à tout candidat sans concours. Les spécialités ne sont pas toutes semblables ; en particulier la médecine interne englobe la cardiologie, la rhumatologie, la gastro-entérologie, et cela explique l'absence de services spécialisés pour ces matières, en dehors des hôpitaux universitaires.

Il n'existe pas de législation hospitalière et la hiérarchie des médecins hospitaliers n'est pas codifiée par des décrets mais repose sur la tradition ; rappelons que cette hiérarchie n'est pas toujours superposable au régime français.

Le régime de retraite est bien établi dans la R.F.A. : tous les hospitaliers y ont droit, ce qui n'est pas le cas pour la France. Les émoluments semblent plus élevés en France si l'on compare les salaires de base, mais un certain privilège persiste dans la R.F.A. : il n'existe pas de plafond fixé par la loi pour les revenus annuels des médecins-chefs de service.

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que le degré de socialisation paraît être plus avancé pour les médecins hospitaliers allemands.

Le tableau suivant donnera un aperçu comparatif de la médecine hospitalière dans les deux pays.

Tableau comparatif, établi pour l'année 1963
 (Das Krankenhausarzt 1966,n°8, p.289)

	ALLEMAGNE	FRANCE
1) Total des médecins	83 025	53 000
2) Médecins pour 10 000 habitants	14,3	11,4
3) Pourcentage des médecins hospitaliers	29,6	1,3
4) Pourcentage des médecins libéraux	60,7	80,7
5) Pourcentage de médecins à la fois hospitaliers et libéraux	9,2	10
6) Nombre de lits	651 353	357 000
7) Lits pour 10.000 habitants	113	45
8) Appartenance des hôpitaux :		
Etat)		
Communes)	38	66
Eglise	36	
Privé	26	34
9) Nombre de médecins hospitaliers	32 792	10 220
10) Pourcentage des médecins chefs	17,4	50,0
11) Pourcentage des médecins subalternes	57,3	50,0
12) Nombre de lits par médecins	20	34
13) Personnel infirmier	112 543	24 161
14) Durée moyenne de séjour à l'hôpital	20,7	18,6
15) Occupation moyenne des lits en %	86,5	67,7

Occupation moyenne s'obtient à partir de la formule :

$$\frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en un an} \times 100}{\text{Nombre de lits} \times 365}$$

C O N C L U S I O N

La définition des hôpitaux publics a un sens très large dans la R.F.A., puisqu'en plus des hôpitaux publics tels qu'ils sont définis en France, elle comprend les établissements psychiatriques, antituberculeux, anticancéreux et les établissements de la Sécurité Sociale et des Sociétés mutualistes.

Malgré cette différence, l'importance des hôpitaux publics n'est pas aussi grande, qu'en France, car le secteur hospitalier public de la R.F.A. est faiblement majoritaire : il représente 55 % de l'ensemble des lits (70 % pour la France) et le secteur hospitalier autonome à prédominance confessionnelle occupe une place qui est loin d'être négligeable comme en France : il a 36 % de la totalité des lits.

Nous pouvons mettre en évidence quelques notions particulières : l'absence de coordination dans la planification des hôpitaux est due à la structure fédérative de la R.F.A. (aboutissant à une décentralisation très poussée), mais aussi à l'absence de décrets.

Alors qu'en Allemagne, l'esprit de classification et de hiérarchisation est généralement bien développé, il est étonnant de voir qu'il n'existe aucune législation, aucun décret concernant la hiérarchie et le classement des hôpitaux et du corps médical hospitalier. Les seuls textes auxquels nous pouvons nous référer se trouvent sous la forme de "mémoire" (Denkschrift) ou de "propositions" (Empfehlungen).

L'adaptation de la structure des hôpitaux à la médecine actuelle suit les mêmes tendances qu'en France : création de gros centres hospitaliers

C O N C L U S I O N

La définition des hôpitaux publics a un sens très large dans la R.F.A., puisqu'en plus des hôpitaux publics tels qu'ils sont définis en France, elle comprend les établissements psychiatriques, antituberculeux, anticancéreux et les établissements de la Sécurité Sociale et des Sociétés mutualistes.

Malgré cette différence, l'importance des hôpitaux publics n'est pas aussi grande, qu'en France, car le secteur hospitalier public de la R.F.A. est faiblement majoritaire : il représente 55 % de l'ensemble des lits (70 % pour la France) et le secteur hospitalier autonome à prédominance confessionnelle occupe une place qui est loin d'être négligeable comme en France : il a 36 % de la totalité des lits.

Nous pouvons mettre en évidence quelques notions particulières : l'absence de coordination dans la planification des hôpitaux est due à la structure fédérative de la R.F.A. (aboutissant à une décentralisation très poussée), mais aussi à l'absence de décrets.

Alors qu'en Allemagne, l'esprit de classification et de hiérarchisation est généralement bien développé, il est étonnant de voir qu'il n'existe aucune législation, aucun décret concernant la hiérarchie et le classement des hôpitaux et du corps médical hospitalier. Les seuls textes auxquels nous pouvons nous référer se trouvent sous la forme de "mémoire" (Denkschrift) ou de "propositions" (Empfehlungen).

L'adaptation de la structure des hôpitaux à la médecine actuelle suit les mêmes tendances qu'en France : création de gros centres hospitaliers

régionaux comprenant tous les services spécialisés, et répartition autour de ces gros centres d'hôpitaux pour "la médecine courante". La création et la modernisation des hôpitaux suit un rythme accéléré, mais encore insuffisant.

Les médecins hospitaliers ont une hiérarchie plus développée que la nôtre, et il est difficile de la superposer avec le régime français, d'autant plus qu'en France, la hiérarchie hospitalière des universitaires et des non-universitaires n'est pas identique.

La médecine hospitalière dans la R.F.A. a une physionomie un peu différente : les médecins à temps plein sont nombreux et existent depuis longtemps ; leur nombre continuera à croître car la médecine libérale présente un certain degré de saturation et la création de nouveaux postes à temps plein est indispensable pour le bon fonctionnement des services. Le médecin hospitalier a un rôle plus limité puisqu'il ne peut consacrer son activité qu'aux malades hospitalisés. Le régime des consultations externes est peu répandu dans le secteur hospitalier : nous ne le rencontrons que dans les policliniques universitaires. Dans les hôpitaux universitaires ou non, il est limité aux médecins-chefs de service.

Le système de "cliniques ouvertes" est en voie de régression, mais il est toujours plus répandu qu'en France ; nous devons remarquer qu'en Allemagne, il n'y a pas d'établissements fonctionnant comme les hôpitaux ruraux français considérés comme des "cliniques ouvertes" où les médecins sont désignés par le Préfet.

Les spécialités n'étaient pas toutes identiques jusqu'à présent ; la R.F.A. vient, dans le cadre de la Communauté Economique Européenne, de reconnaître la cardiologie, la rhumatologie et la gastro-entérologie, mais celles-ci sont toujours enseignées avec la "médecine interne".

La situation sociale des médecins hospitaliers est assez délicate : nommés par l'organisme exploitant l'hôpital, les médecins hospitaliers n'ont

pas une position totalement indépendante d'autant plus que leur position contractuelle ne garantit pas toujours un emploi permanent. La position statutaire des hospitaliers français est plus favorable. En ce qui concerne la responsabilité civile, la responsabilité professionnelle n'est pas toujours garantie par l'organisme exploitant l'hôpital.

Quant à la situation économique, elle se présente sous deux aspects : d'une part les salaires de base sont inférieurs en Allemagne, d'autre part, le secteur privé est plus développé et il n'y a pas de plafond fixé par la loi pour les revenus annuels des médecins hospitaliers. Le régime de retraite est garanti pour les médecins fonctionnaires et salariés et nous pouvons dire que dans ce domaine, les médecins hospitaliers sont assez privilégiés par rapport aux médecins libéraux.

L'intérêt professionnel des médecins hospitaliers est bien défendu : ils sont membres obligatoires des Chambres médicales des Länder auxquelles ils sont obligés de soumettre tout contrat de travail (ce qui n'est pas toujours suivi) et ils sont groupés en associations professionnelles (association des médecins-chefs de service, association des médecins salariés) dont la représentation est très influente à l'échelon fédéral et des Länder : elles sont, en effet, membres de la présidence du Congrès des médecins allemands qui est une assemblée annuelle où sont prises toutes les décisions importantes concernant la médecine.

L'essor de la médecine à temps plein dans la R.F.A., que nous venons de voir, n'est pas non plus sans danger, car la demande risque d'être supérieure à l'offre : c'est le cas déjà pour les places de médecins-chefs de service, et il est à craindre qu'une telle situation ne soit utilisée par les organismes exploitant les hôpitaux pour restreindre non seulement les salaires, mais aussi la liberté professionnelle des médecins.

Il semble que plus qu'en France, le médecin hospitalier allemand doit adopter la déclaration commune des médecins de la C.E.E. : "L'indépen-

dance professionnelle des médecins hospitaliers doit être garantie par des critères indiscutables de nomination et un statut lui assurant stabilité de fonctions, indépendance économique et protection sociale". En effet, si l'indépendance économique et la protection sociale sont à peu près garanties pour les médecins hospitaliers allemands, il en est tout autrement pour les critères de nomination et la stabilité de fonction qui mettent le médecin hospitalier dans une position où sa liberté professionnelle peut être compromise. Ces lacunes devraient être rapidement modifiées car elles pourraient être un obstacle supplémentaire à la liberté d'échange des médecins hospitaliers de la C.E.E.

VU
STRASBOURG, le 4 avril 1968
LE PRESIDENT DE THESE
Signé : A.J.CHAUMONT

VU ET APPROUVE
STRASBOURG, le 4 avril 1968
LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
Signé : J.CLAVERT.

BIBLIOGRAPHIE

- ARBAB-ZADEH, A. (1967) : Der Arzt in den Ländern der europäischen Wirtschaftsgemeinschaft. 205 p. Köln-Berlin, Deutscher Ärzte Verlag (Le médecin dans les pays de la C.E.E.).
- BAUER, H.K. (1967) : Deutsche Klinik für Diagnostik ? Deutsches Ärzteblatt 64 (6), p. 296-299. (Clinique de diagnostic en Allemagne ?).
- BAUMGARTNER, R.J. (1961) : Les conditions d'exercice de la médecine dans la République Fédérale Allemande. Thèse. Faculté de Médecine de Strasbourg.
- BECHTOLD, W. (1966) : Mehr Fachärzte ins Krankenhaus. Der Angestellte Arzt. 19 (2), p. 51-55. (Plus de spécialistes pour l'hôpital).
- BEREMSMANN, R.D. (1967) : Alt Heidelberg, die Not der Medizinischen Fakultät. Arzteblatt Baden-Württemberg. 22 (5), p.138-142 (Vieil Heidelberg, la détresse de la Faculté de médecine).
- BERG, S.P. (1958) : Gerichtliche Medizin. 3^e éd., 220 p., München, R.Müller u. Steinicke. (Médecine légale).
- BUI-DANG-HA DOAN, J. (1967) : Combien de médecins en France ? Concours Méd., 89 (12), p. 2370-2374.
- BURKART, W. (1967) : Europas Ärzte vor der Brüsseler Bürokratie. Deutsches Ärzteblatt, 64 (19), p. 1015-1016. (Les méthodes européennes devant la bureaucratie bruxelloise).
- DEBROUSSE, J.Y. (1965) : La médecine hospitalière en France. Ronéotypé. Comité permanent des médecins de la C.E.E.
- ECKEL, P. (1967) : Die Situation des Krankenhauswesens. Deutsches Ärzteblatt 64 (29), p. 1561-1566. (La situation hospitalière).
- GOMBAULT, A. (1967) : Le premier congrès européen des médecins des hôpitaux. Concours méd., 89 (25), p. 5067-5072.

- HEIN (1965) : Krankenhausplanung in Bayern. Bayerisches Arzteblatt (20), p. 948-966 (Planification des hôpitaux en Bavière).
- HOPF, G. (1965) : La situation des médecins des hôpitaux en Allemagne. Ronéotypé. Comité permanent des médecins de la C.E.E.
- HOPF, G. (1964) : Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Der Krankenhausarzt 37 (2), p. 29-30 (Traitement ambulatoire à l'hôpital).
- HOPF, G. (1965) : Die Gliederung der Lehrkörper. Der Krankenhausarzt, 38 (10), p. 321-323. (La classification du corps enseignant).
- HOPF, G. (1965) : Die neue Pflegesatzordnung. Sozialgesetz gegen des Chef-ärztliche Liquidationsrecht ? Der Krankenhausarzt, 38 (6), p.199-200. (La nouvelle réglementation du prix de journée - une loi sociale contre le droit aux honoraires privés des médecins-chefs ?)
- HOPF, G. (1966) : Die Situation der leitenden Krankenhausärzte in der Bundesrepublik Deutschland. Der Krankenhausarzt, 39 (8), p. 295-297. (La situation des médecins-chefs de service dans la R.F.A.).
- HOPF, G. (1966) : Wissenschaftliche Gleichberechtigung und akademische Rangordnung - cité d'après E.HIRSCH. Der Krankenhausarzt, 39 (4), p. 99-102. (Egalité de droit scientifique et hiérarchie académique).
- HOPF, G. (1967) : Das Ulmer Pool-Modell. Deutsches Arzteblatt, 64 (46), p. 2458-2464. (Ulm et son groupement modèle).
- HOPF, G. (1967) : Der Wissenschaftsrat und die Privatstationen. Deutsches Arzteblatt, 64 (50), p. 2730-2731. (Le conseil scientifique et les services privés).
- JEUTE, K. (1964) : Organisation des ärztlichen Dienstes im Krankenhauswesen. Der Krankenhausarzt, 37 (12), p. 347-348. (Organisation du Service médical hospitalier).
- KRAUEL, O. (1966) : Chefarztvertrag und Arztberuf. Der Angestellte Arzt, 19 (11), p. 491-492. (Le contrat du médecin-chef et la profession médicale).
- LADHARI, M. (1967) : La médecine, Service public. Thèse. Faculté de Droit et des Sciences politiques et économiques de Strasbourg.
- LEHMKUHL, H. et PURCKHAUER, F. (1964) : Das Öffentliche Gesundheitswesen. Tome II A, 534 p. Stuttgart, G.Thieme Verlag. (La santé publique).

- LETZELTER, F. et KRABLER H. (1966) : Saarländisches Universitätsrecht.
Nr 100, 105, 132, 150, 231. Saar-Louis - Verlag Dr. N. Fontaine.
(La législation de l'université de la Sarre).
- MARCOUX, F. (1961) : Les droits et les devoirs du stagiaire hospitalier
de 6^e année. Concours Méd., 83 (13), p. 1924-1928.
- MIGNON, J. (1961) : La réglementation des spécialistes dans les six pays
de la Communauté. Concours Méd., 83 (25), p. 3677-3688.
- MIGNON, J. (1965) : Médecine et assurance maladie dans l'Europe occidentale.
Concours Méd., 87 (43), p. 6135-6144.
- MIGNON, J. (1966) : Les médecins hospitaliers et le Traité de Rome.
Concours Méd., 88 (41), p. 6011-6020 et 88 (42), p. 6217-6222.
- MIGNON, J. (1967) : La déclaration commune des médecins de la C.E.E.
Concours Méd., 89 (50), p. 8651-8654.
- MIEHUES, H. (1964) : Der Krankenhausarzt. Der Arzt im freier Praxis.
Deutsches Arzteblatt, 51 (10), p. 574-578. (Le médecin hospitalier.
Le médecin praticien).
- ODENBACH, E. (1966) : Unsere Krankenhäuser Heute. Der Angestellte Arzt, 19
(11), p. 478-482. (Nos hôpitaux à l'heure actuelle).
- ONCKELS-RUTHE, J. (1967) : Die Stellung des Krankenhausarztes. Deutsches
Arzteblatt, 64 (51), p. 2800-2802. (La position du médecin hospitalier)
- PRETET, S. (1962) : La pléthore médicale en Allemagne. Sem. Méd. Prof.,
38 (12), p. 509-510.
- PRETET, S. (1962) : Une enquête allemande sur le problème des petits
hôpitaux. Sem. Méd. Prof., 38 (10), p. 417-418.
- ROOS, K. (1964) : Krankenhausarzt und praktizierender Arzt, in "einem Boot"
Der Krankenhausarzt, 37 (10), p. 291-293. (Médecins hospitaliers et
praticiens dans "un bateau").
- SCHEDE, F. (1961) : Rechte und Pflichten der Krankenhausärzte. Hessisches
Arzteblatt, 22 (5), p. 288-289. (Droits et devoirs des médecins
hospitaliers).
- SCHLÖGEL, R. (1967) : Internationale Probleme der Ärzteschaft. Deutsches
Arzteblatt, 64 (24), p. 1333-1339. (Problèmes internationaux du
corps médical).

- SCHMELCHER, R. (1965) : Modalitäten und Kritik an Unkostenerstattung der Chefärzte und Klinikdirektor. Der Krankenhausarzt, 38 (9), p.304-314. (Modalité et critique de la redevance des frais des médecins chefs de service et des directeurs de clinique).
- SCHULTEN, H. (1960) : Der Arzt. 210 p. Stuttgart, G.Thieme Verlag. (Le Médecin).
- SEWERING, H. (1967) : Die Weiterentwicklung der Facharztordnung. Deutsches Arzteblatt, 64 (25), p. 1385-1393. (L'évolution de la réglementation des spécialités).
- SOUTTER, G.E. et SCHELLE, P. (1965) : Die Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg. Das Krankenhaus, 57 (3), p. 98-107. (La planification des hôpitaux du pays de Baden et Württemberg).
- STOCKHAUSEN, J. (1964) : La médecine en République Fédérale Allemande. Concours Méd., 86 (12), p. 1942-1952 et 86 (13), p. 2099-2106.
- STOCKHAUSEN, J. (1966) : Ärzte und Krankenhaus. Deutsches Arzteblatt, 63 (23), p. 1540-1548 (Médecins et hôpital).
- STOCKHAUSEN, J. (1967) : Der ärztliche Beruf. Deutsches Arzteblatt, 64 (21), p. 1176-1181, 64 (22), p. 1227-1238 et 64 (23), p. 1281-1286. (La profession médicale).
- STOCKHAUSEN, J. (1967) : Honorierung der ärztliche Leistungen. Deutsches Arzteblatt, 64 (23), p. 1300-1302 et 64 (24), p. 1340-1342. (Rétribution de l'activité médicale).
- STOCKHAUSEN, J. (1967) : Wirtschaftliche Situation der in abhängiger Stellung tätigen Ärzte. Deutsches Arzteblatt, 64 (25), p. 1394-1396. (Situation économique des médecins non indépendants).
- STOCKHAUSEN, J. (1967) : Arzt und Krankenhaus. Deutsches Arzteblatt, 64 (25), p. 1397-1399, 64 (26), p. 1439-1445. (Médecins et Hôpital).
- STOCKHAUSEN, J. (1967) : Ärztliches Hilfspersonal. Deutsches Arzteblatt, 64 (34), p. 1761-1765. (Le personnel auxiliaire médical).
- WIRTZ, H. (1963) : Das Krankenhaus und die Entwicklung der Medizin. Der Krankenhausarzt, 36 (6), p. 145-148. (L'hôpital et le développement de la médecine).
- WOLFF, G. (1967) : Die Alters und Hinterbliebenenversorgung der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsches Arzteblatt, 64 (21), p. 1182-1184. (La retraite de vieillesse, et assistance aux survivants des médecins de la R.F.A.).

WOLFF, G. (1967) : Mehr als 100.000 Ärzte und Medizinalassistenten.
Deutsches Ärzteblatt, 64 (47), p. 2530-2534. (Plus de 100.000
 médecins et internes).

Innenministerium Baden-Württemberg (1963) : Denkschrift über das Krankenhaus-
 wesen in Baden-Württemberg mit Vorschläge zu seiner Neuordnung
 und Sanierung. Stuttgart - Innenministerium. (Mémoire sur l'hôpital
 dans les pays de Bade et Wurtemberg et propositions d'une nouvelle
 classification et d'une réorganisation).

Ministère de l'Education Nationale : Recueil des lois et Règlements -
 Personnel enseignant des CHU. T. V, 452 1 c.

Panorama européen de la profession médicale (1966) : Panorama professionnel
 allemand. Concours Méd., 88 (18), p. 3165-3170.

Panorama européen de la profession médicale (1967) : Panorama professionnel
 allemand. Concours Méd., 89 (12), p. 2363-2368.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (1965) : Das Gesundheitswesen der Bundes-
 republik Deutschland. Band 2, 300 p., Stuttgart, W.Kohlhammer.
 (L'hygiène publique dans la R.F.A.).

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (1967) : Krankenhäuser, Berufe des
 Gesundheitswesens 1965. 27 p., Stuttgart. W.Kohlhammer. (Hôpitaux
 et profession concernant l'Hygiène publique).

Vollversammlung des Wissenschaftsrates (1960) : Empfehlungen des Wissenschafts-
 rates zum Ausbau der Wissenschaftlicher Einrichtungen., Teil I.
 Tübingen - J.C.B.Mohr. (Propositions du Conseil scientifique pour
 l'organisation des établissements scientifiques).

Vollversammlung des Wissenschaftsrates (1964) : Empfehlungen des Wissenschafts-
 rates zur Neugliederung des Lehrkörpers an den Wissenschaftlichen
 Hochschulen 18 p., Tübingen, J.C.B. Mohr. (Propositions du Conseil
 scientifique pour une nouvelle classification du corps enseignant
 de l'enseignement supérieur).

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
Introduction	1
Chapitre I : Les hôpitaux publics	3
1) Situation et importance	5
2) Classement	9
3) Régimes d'hospitalisation	16
4) Durée de séjour	16
5) Consultations externes	16
6) Cliniques ouvertes	17
7) Situation économique	17
Chapitre II : Les médecins dans les hôpitaux publics	18
1) Généralités	18
2) Effectifs	19
3) Activités	20
4) Spécialités	21
5) Hiérarchie dans les hôpitaux non-universitaires	23
6) Hiérarchie dans les hôpitaux universitaires	28
7) Responsabilité professionnelle	35
8) Situation économique et sociale	36
Chapitre III : Personnel auxiliaire	40
Chapitre IV : Rapports entre les hôpitaux publics, les autres caté- gories d'hôpitaux et les praticiens ou spécialistes libé- raux	43
Chapitre V : Revendications	45
Chapitre VI : Etude comparative avec la médecine dans les hôpitaux publics français	47
Chapitre VII : Tendances actuelles	50
Conclusion	51
Bibliographie	55

